|  |  |
| --- | --- |
|  | **Verbintenis van een personeelslid van een door het VAPH erkende of vergunde zorgaanbieder over het gebruik van het rijksregisternummer** |
|  | ***Waarvoor dient dit formulier?****Met deze verbintenis verklaart u formeel als personeelslid van een door het VAPH erkende of vergunde zorgaanbieder dat u het rijksregisternummer van uw cliënten alleen zult gebruiken in dossiers die bestemd zijn voor het VAPH.* |
|  | **Gegevens van de zorgaanbieder, de verantwoordelijke en het personeelslid**  |
| **1** | **Vul hieronder de gegevens in van uw organisatie.** |
|  | naam zorgaanbieder  |       |
|  | straat en huisnummer |       |
|  | postcode en gemeente  |       |
|  | vergunningsnummer  |       |
| **2** | **Wie is de verantwoordelijke binnen uw organisatie voor gebruik van rijksregisternummers?** |
|  | naam verantwoordelijke  |       |
| **3** | **Vul hieronder uw persoonlijke gegevens in.** |
|  | voornaam  |       |
|  | achternaam |       |
|  | functie  |       |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Verklaring op erewoord** |
| **4** | **Vul de onderstaande verklaring in.** |
|  | **Deze verbintenis heeft uitsluitend betrekking op het gebruik van het rijksregisternummer van de opgenomen, behandelde of begeleide personen met een handicap in communicatie met het VAPH. Deze verbintenis maakt dan ook alleen maar het gebruik van het rijksregisternummer van de opgenomen, behandelde of begeleide personen met een handicap in communicatie met het VAPH mogelijk.** **Het gebruik van het rijksregisternummer van de opgenomen, behandelde of begeleide, personen met een handicap in communicatie met derden kan als aan de wettelijke bepalingen met betrekking tot het gebruik van het rijksregisternummer met die derden voldaan is.****Ik verklaar hierbij dat ik daartoe uitdrukkelijk gemandateerd ben door de verantwoordelijke binnen mijn organisatie.****Ik verbind me ertoe bij intrekking van de toelating door de verantwoordelijke van de organisatie of bij uitdiensttreding het rijksregisternummer van de opgenomen, behandelde of begeleide personen met een handicap niet verder meer te gebruiken.** |
|  | datum |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| dag |   |   | maand |   |   | jaar |   |   |   |   |

 |
|  | handtekening |  |
|  | voor- en achternaam |       |
|  | **Aan wie bezorgt u deze verbintenis?** |
| **5** | *Bezorg het origineel van deze verbintenis aan de verantwoordelijke van uw organisatie.* |