|  |  |
| --- | --- |
|  | **Aanvraag erkenning organisator e-learning in het kader van de accreditering van artsen en apothekers-biologen** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Identiteit** | | | | | |
| **Nieuwe organisator:** | | |  | | |
| **Erkenningsnummer:** | | |  | | |
| **Naam organisatie:** | | |  | | |
| **Adres:** | | |  | | |
| **Telefoon / GSM:** | | |  | | |
| **E-mail:** | | |  | | |
| **Verantwoordelijke artsen:** | | | | | |
|  | **Naam en voornaam** | **RIZIV-nummer** | | **Handtekening** |
| **1.** |  |  | |  |
| **2.** |  |  | |  |
| **3.** |  |  | |  |
| **4.** |  |  | |  |
| **5.** |  |  | |  |
| *Indien de verantwoordelijke artsen blijken uit de statuten van de vereniging zoals gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad is voor deze personen geen handtekening vereist.* | | | | |

|  |
| --- |
| 1. **Financiële middelen:** |
| Gelieve summier de financiële structuur van de organisatie toe te lichten (totaliteit van de middelen, herkomst en specificatie van eventuele sponsoring vanuit de farmaceutische of andere industrie welke hiermee een commerciële doelstelling zou kunnen beogen). |

|  |
| --- |
| 1. **IT-structuur:** |
| Gelieve het platform, de gehanteerde vormen van interactiviteit en de controle op reële participatie (zowel wat betreft leerinhoud als wat betreft de correcte tijdsbesteding) te omschrijven. |
| Gelieve te preciseren hoe de identiteit van de deelnemers van de e-learning modules wordt gevalideerd:  O E-ID  O Vaste login (koppeling (mail)adres)  O Andere: |

|  |
| --- |
| 1. **Bijlagen:** |
| Dit formulier bevat volgende bijlagen:  O Formulieren didactisch materiaal (…. blz)  O Statuten vereniging (…. blz)  O Andere (…. blz): |

|  |
| --- |
| 1. **Uw verklaring als verantwoordelijke van de organisatie:** |
| Door het indienen van dit formulier verklaren de indieners (desgevallend de indiener in eigen naam en uit naam van de andere verantwoordelijke artsen) zich hoofdelijk verbonden tot naleving van het reglement ‘erkenning organisatoren e-learning’ zoals gepubliceerd op de website van het RIZIV op datum van indienen van de aanvraag evenals de afwezigheid van enig bestaand of in het volgende kalenderjaar mogelijk toekomstig belangenconflict te melden.  Datum:  Handtekening 1e verantwoordelijke: |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Hoe opsturen?** | |
| **Via e-mail (ingescand document):** | [info.accredit@riziv-inami.fgov.be](mailto:info.accredit@riziv-inami.fgov.be) |
| Enkel volledig en deugdelijk ingevulde formulieren worden behandeld. Bij vragen kan contact worden opgenomen met de dienst Accreditering Artsen RIZIV ([info.accredit@riziv-inami.fgov.be](mailto:info.accredit@riziv-inami.fgov.be)). | |