

## DECLARATION D'UNE MODIFICATION ADMINISTRATIVE D'UN ETABLISSEMENT MEDICAL DE CLASSE II OU CLASSE III

Pour être recevable, toutes les rubriques applicables doivent être complétées lisiblement et de la manière la plus exhaustive possible (annexes à copier si nécessaire) et à envoyer à l'AFCN, rue du Marquis 1 bte 6A, 1000 Bruxelles, ou être envoyées sous forme électronique imprimable à l'adresse : pointcontact@fanc.fgov.be

<b>Demandeur<sup>1</sup> :</b>		nom : _____		prénom : _____	
<input type="checkbox"/> monsieur <input type="checkbox"/> madame		domicilié(e) à:			
<input type="checkbox"/> qu'exploitant <sup>1</sup> en personne physique		rue : _____		n° : ____ bte : ____	
<input type="checkbox"/> que représentant dûment habilité de la société exploitante <sup>1</sup> reprise sous rubrique		code postal : _____		localité : _____	
contact : n° tél. : _____ GSM : _____					
contact : e-mail : _____					
<b>Etablissement :</b>			<b>Lieu d'exploitation :</b>		
<b>Nom du (nouvel) exploitant<sup>1</sup> ou dénomination de la (nouvelle) société exploitante<sup>1</sup> :</b>			Adresse du siège d'exploitation (ou adresse du siège social dans le cas d'une installation mobile ou d'une activité temporaire ou occasionnelle) :		
<input type="checkbox"/> idem demandeur			<input type="checkbox"/> idem domicile		
<input type="checkbox"/> société :			<input type="checkbox"/> autre :		
_____			rue : _____ n° : ____ bte : ____		
n° d'entreprise (BCE) : _____			code postal : _____ localité : _____		
n° de l'unité d'établissement (BCE) : _____			n° de l'unité d'établissement (BCE) : _____		
<b>Coordonnées de la personne de contact<sup>5</sup> :</b>			<b>Type de modification administrative :</b>		
<input type="checkbox"/> idem demandeur			<input type="checkbox"/> changement de l'organisme de contrôle physique agréé		
<input type="checkbox"/> autre : <input type="checkbox"/> monsieur <input type="checkbox"/> madame			<input type="checkbox"/> changement du chef du service de contrôle physique		
nom+prénom : _____			<input type="checkbox"/> départ d'un expert agréé en contrôle physique interne		
en qualité de : _____			<input type="checkbox"/> changement du chef d'établissement		
contact (tél/mail) : _____			<input type="checkbox"/> changement de la dénomination de la société (n° BCE inchangé)		
			<input type="checkbox"/> modification administrative communale du nom/ numéro de rue		
			<input type="checkbox"/> changement de l'adresse sociale /de facturation		
			<input type="checkbox"/> transfert d'autorisation <sup>2</sup> : <input type="checkbox"/> entière <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> partielle <sup>4</sup>		
			<input type="checkbox"/> autre :		
<b>Adresse e-mail pour toute correspondance officielle<sup>5</sup> :</b>			<b>Description de la modification administrative :</b>		
<input type="checkbox"/> idem demandeur <input type="checkbox"/> idem personne de contact			_____		
<input type="checkbox"/> autre : _____			_____		
<b>Date du transfert/de la modification :</b>			_____		
_____			_____		
<b>Le demandeur/l'exploitant<sup>1</sup> :</b>			date : _____		
<input type="checkbox"/> permet   <input type="checkbox"/> ne permet pas qu'une copie de la communication échangée dans le cadre de cette déclaration soit transmise à l'organisme agréé de contrôle physique concerné (si d'application).			signature : _____		
<b>Dans le cas d'un transfert :</b>			_____		
<input type="checkbox"/> s'engage à souscrire une police d'assurance couvrant les responsabilités civiles résultant des activités nucléaires ;			_____		
<input type="checkbox"/> s'engage à conclure, avant la mise en service de l'établissement, une convention avec l'ONDRAF réglant les aspects qui relèvent de sa compétence et à respecter les obligations administratives, techniques et financières qui en découlent <sup>6</sup> ;			_____		
<input type="checkbox"/> déclare être au courant des conditions d'autorisation existantes et être en mesure de s'y conformer.			_____		
<b>Dans le cas d'un transfert, le détenteur actuel de(s) autorisation(s) ou personne légalement habilitée pour sa représentation :</b>			date : _____		
<input type="checkbox"/> monsieur <input type="checkbox"/> madame			signature ancien exploitant <sup>1</sup> :		
prénom + nom : _____			_____		
en qualité de : _____			_____		
déclare : - avoir pris connaissance de la présente demande de transfert d'autorisation ;			_____		
- ne pas m'y opposer.			_____		

<sup>1</sup> exploitant ou représentant dûment habilité d'une société avec personnalité juridique, il ne peut y avoir qu'un seul exploitant (personne physique ou morale) responsable de l'établissement  
<sup>2</sup> continuation de l'activité par un autre exploitant au sein du même site d'exploitation  
<sup>3</sup> le cas échéant, cette notification doit être accompagnée d'une déclaration de modification de l'établissement  
<sup>4</sup> cette notification doit être accompagnée d'une déclaration de modification de l'établissement  
<sup>5</sup> données obligatoires afin de faciliter la communication ultérieure  
<sup>6</sup> non applicable pour l'exploitation exclusive d'appareils à rayonnement X

L'AFCN, responsable du traitement, traite vos données à caractère personnel à des fins de gestion interne dans le cadre de votre demande d'autorisation. Ces données peuvent être communiquées à d'autres services publics et d'autres services d'inspection dans le cadre des compétences respectives. Vous disposez d'un droit d'accès aux données traitées et dans le cas où celles-ci seraient erronées, du droit de les faire corriger. Vous êtes également en mesure d'obtenir des renseignements concernant la description du traitement en consultant le registre public tenu par la Commission de la protection de la vie privée.