

**Departement Gezondheid en leefmilieu**

**Dienst bescherming van de gezondheid**

 **RegistratieFORMULIER ALS GEBRUIKER
 VAN Röntgenstralen met een cone beam CT toestel
VOOR DENTOMAXILLOFACIALE Beeldvorming
(Artikel 73 – Besluit Medische Blootstellingen)**

1. **PERSOONLIJKE GEGEVENS VAN DE AANVRAGER**

Naam en voornaam:

Geslacht:

Geboorteplaats en -datum:

Nationaliteit:

RIZIV nummer:

Rijksregisternummer:

Privé adres:

Tel:

E-mail:

*Het FANC streeft naar een vlotte en efficiënte behandeling van uw dossier, daarom verkiezen wij de communicatie omtrent uw registratie via e-mail te laten verlopen.*

1. **Universitaire opleiding CBCT *\*bewijzen in bijlage toevoegen***

Organisatie:
Datum:

|  |
| --- |
| 1. **UW REGISTRATIE**
 |
| Hierbij wens ik mij te registeren als het gebruiker van röntgenstalen O met een cone beam CT toestel voor dentomaxillofaciale beeldvorming |
| **Ik zal mijn activiteiten als gebruiker van röntgenstralen met een cone beam CT toestel voor dentomaxillofaciale beeldvorming starten op:** …… / …… / ……… |
| Datum:Handtekening: |