

**Candidature de l'hôpital pour adhérer à la déclaration d'accord :**  
**Intervention de l'assurance obligatoire soins de santé dans les coûts d'une sonde à**  
**usage unique pour le traitement per opératoire de fibrillation auriculaire**

À introduire auprès de

INAMI - Secrétariat Conseil technique des Implants local T 574  
Avenue de Tervueren 211  
1150 Bruxelles

Nom de l'hôpital : .....

.....

Numéro d'agrément général de l'hôpital : .....

**Adresse administrative** (adresse à laquelle la correspondance doit être envoyée) :

Rue : .....

Code postal : .....

Commune : .....

**L'administrateur général (directeur général) de l'hôpital :**

Nom : .....

Adresse e-mail : .....

Tél. : ..... Fax : .....

**Agrément programme de soins "pathologie cardiaque" E et le programme partiel B3 du**  
**programme de soins "pathologie cardiaque" B**

- Date d'agrément E : .....

- Date d'agrément B3 : .....

**Composition de l'équipe :**

**CHIRUGIENS CARDIAQUES**

→ Chirurgien cardiaque :

Nom : .....

Adresse E-mail : .....

Tél. : ..... Fax : .....

Numéro INAMI : .....

Numéro NISS (n° registre national : xxxxxx-xxx-xx) : .....

Plein-temps (exprimé en 10<sup>e</sup>) : .....

Reste du temps : .....

→ Chirurgien cardiaque :

Nom : .....

Adresse E-mail : .....

Tél. : ..... Fax : .....

Numéro INAMI : .....

Numéro NISS (n° registre national : xxxxxx-xxx-xx) : .....

Plein-temps (exprimé en 10<sup>e</sup>) : .....

Reste du temps : .....

→ Chirurgien cardiaque :

Nom : .....

Adresse E-mail : .....

Tél. : ..... Fax : .....

Numéro INAMI : .....

Numéro NISS (n° registre national : xxxxxx-xxx-xx) : .....

Plein-temps (exprimé en 10<sup>e</sup>) : .....

Reste du temps : .....

→ Chirurgien cardiaque :

Nom : .....

Adresse E-mail : .....

Tél. : ..... Fax : .....

Numéro INAMI : .....

Numéro NISS (n° registre national : xxxxxx-xxx-xx) : .....

Plein-temps (exprimé en 10<sup>e</sup>) : .....

Reste du temps : .....

**CARDIOLOGUE-ELECTROPHYSIOLOGUE**

→ Cardiologue-électrophysiologue :

Nom : .....

Adresse E-mail : .....

Tél. : ..... Fax : .....

Numéro INAMI : .....

Numéro NISS (n° registre national : xxxxxx-xxx-xx) : .....

Plein-temps (exprimé en 10<sup>e</sup>) : .....

Reste du temps : .....

→ Cardiologue-électrophysiologue :

Nom : .....

Adresse E-mail : .....

Tél. : ..... Fax : .....

Numéro INAMI : .....

Numéro NISS (n° registre national : xxxxxx-xxx-xx) : .....

Plein-temps (exprimé en 10<sup>e</sup>) : .....

Reste du temps : .....

→ Cardiologue-électrophysiologue :

Nom : .....

Adresse E-mail : .....

Tél. : ..... Fax : .....

Numéro INAMI : .....

Numéro NISS (n° registre national : xxxxxx-xxx-xx) : .....

Plein-temps (exprimé en 10<sup>e</sup>) : .....

Reste du temps : .....

→ Cardiologue-électrophysiologue :

Nom : .....

Adresse E-mail : .....

Tél. : ..... Fax : .....

Numéro INAMI : .....

Numéro NISS (n° registre national : xxxxxx-xxx-xx) : .....

Plein-temps (exprimé en 10<sup>e</sup>) : .....

Reste du temps : .....

**Personnes de contact pour l'aspect administratif (secrétariat, ...) :**

→ Nom :.....  
Adresse E-mail :.....  
Tél. :..... Fax :.....  
Numéro NISS (n° registre national : xxxxxx-xxx-xx) : .....

→ Nom :.....  
Adresse E-mail :.....  
Tél. :..... Fax :.....  
Numéro NISS (n° registre national : xxxxxx-xxx-xx) : .....

**Annexe à joindre :**

- Une copie de l'agrément pour le programme de soins "pathologie cardiaque" E et le programme partiel B3 du programme de soins "pathologie cardiaque" B.

Fait à.....le.....