|  |
| --- |
| Aanmelding voorCertificering Opleidingsaanbieder Triage |
| Met dit formulier meldt u uw organisatie aan voor Certificering Opleidingsaanbieder Triage. Onderteken het formulier en mail het naar relatiebeheer@praktijkaccreditering.nl. U ontvangt daarna een aanbod op maat ter ondertekening. |

## Gegevens organisatie

|  |  |
| --- | --- |
| Naam organisatie |  |
| Postadres |  |
| Postcode |  |
| Plaats |  |
| Telefoonnummer |  |
| Algemeen e-mailadres |  |
| Website |  |
| e-mailadres factuur |  |
| KVK nummer |  |
| *Gegevens van de contactpersoon voor Bureau Diplomering Triage = Coördinator Kwaliteit:* |
| Voorletters + Achternaam |  |
| Functie |  |
| e-mailadres |  |
| Scope van de certificering | [ ]  A: opleiding van de kandidaat-triagist[ ]  B: opleiding van de kandidaat-triagist en praktijkbegeleider[ ]  C: opleiding van de kandidaat-triagist en kernsetauditor[ ]  D: opleiding van de kandidaat-triagist, praktijkbegeleider en kernsetauditorBovenstaande scope kan uitgebreid worden met:[ ]  E: opleiding van de kandidaat-student/triagist |

## Ondertekening

Met de ondertekening verklaart de ondertekenaar dat hij/zij bevoegd is namens de organisatie te ondertekenen en dat dit formulier volledig en correct is ingevuld.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum | Plaats | Handtekening |
| Voorletters + Achternaam ondertekenaar |  |
| Functie ondertekenaar |  |
| E-mailadres ondertekenaar |  |