|  |
| --- |
| Aanmelding voor  Certificering Opleidingsaanbieder Triage |
| Met dit formulier meldt u uw organisatie aan voor Certificering Opleidingsaanbieder Triage. Onderteken het formulier en mail het naar [relatiebeheer@praktijkaccreditering.nl](mailto: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 kernsetauditor  Bovenstaande 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 |  | |