**VERKLARING VAN UITVOERING VAN EEN**

**ACTIVITEIT VAN TATOEAGE EN/OF PIERCING**

|  |  |
| --- | --- |
| Te versturen **15 dagen** vóór het **begin** van de **beroepsactiviteit** | Directoraat-Generaal Gezondheidszorg  Victor Hortaplein 40, bus 10  1060 Brussel |



**INVULLEN IN DRUKLETTERS!**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Naam: |  | | | Voornaam: | |  |
| Geboortedatum: |  | Geboorteplaats: | | |  | |
| Geslacht: |  | Nationaliteit: | | |  | |
| Rijksregisternummer: |  | | | |  | |
| Domicilieadres: |  | | | | | |
| Telefoon: |  | GSM: | | |  | |
| Email: |  | | | |  | |
|  | | | | | | |
| Naam van de vestiging/shop: | |  | | | | |
| Adres(sen) beroepsactiviteit: | |  | | | | |
| Uitgeoefende activiteit:  *(aankruisen)* | |  | Tatoeage | | | |
|  | Piercing | | | |
|  | Permanente make up | | | |
| Statuut activiteit:  *(aankruisen)* | |  | Zelfstandige (voltijds of in bijberoep) | | | |
|  | Werknemer | | | |
| BTW nummer: | |  | | | | |
| Ondernemingsnummer: | |  | | | | |
| Begindatum uitoefening beroepsactiviteit: | |  | | |  | |
|  | | | | | | |
| Ik ondergetekende, |  | | | | | |
| verklaar dat de informatie die deze verklaring bevat oprecht en waarheidsgetrouw is en verbind me ertoe het Directoraat-Generaal dadelijk op de hoogte te brengen van elke wijziging. | | | | | | |
| Datum: |  | Handtekening: | | |  | |
|  | | | | |