

BIJLAGE 4 : FORMULIER *Gegevens nodig voor de authentieke bron FOD VVVL*

**OPGELET:** Dit document moet altijd vergezeld zijn van een gedateerd document dat het mandaat van de wettelijke vertegenwoordiger bewijst (uittreksel Belgisch Staatsblad of voor de hulpverleningszones: een besluit van de zoneraad met daarin de benoeming van de voorzitter) én de identiteitskaarten van de wettelijk vertegenwoordiger en de certificaatbeheerder.

Nr veld	Omschrijving veld	Mandatory (M) of niet mandatory (free)	Vereisten	
1	Naam ziekenwagendienst			FOD VVVL Dienst Dringende Hulpverlening cel beleid
2	DGH- erkenningsnummer ziekenwagendienst	M	max. 3 cijfers	099
3	Nummer van de ziekenwagendienst in de Kruispuntbank der Ondernemingen (KBO)	M	max. 9 cijfers	79609977
<b>Wettelijk vertegenwoordiger</b>		Greet Hilde Van Der Velden		
4	Taal	M	N (Nederlands) F (Frans) D (Duits)	N
5	Rijksregisternummer	M	11 cijfers	85.02.01-063.66
<b>Certificaatbeheerder</b>		Greet Hilde Van Der Velden		
6	Taal	M	N (Nederlands) F (Frans) D (Duits)	N
7	Rijksregisternummer	M	11 cijfers	85.02.01-063.66
8	E-mailadres	M	Geldig e-mailadres	REG-system@health.fgov.be

Bij voorkeur een generieke mailbox (=raadpleegbaar door meerdere personen), op dit adres komen de mails met registratiegraden toe.

Datum : 17/03/2022

Handtekening wettelijk vertegenwoordiger :

