Aanvraag erkenning RSV Praktijkinstelling

**Let op: de gemandateerd beheerder dient het formulier zelf in te dienen bij de Registratiecommissie via registers@venvn.nl**

**Naam instelling:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Bezoekadres**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Post-/factuuradres**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Facturen verzenden per**: [ ]  E-mail, namelijk naar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **OF** [ ]  Post

**Telefoonnummer**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Website**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  De gemandateerd beheerder verklaart namens de zorginstelling dat er in het kader van het wettelijk toezicht geen beperkingen of voorwaarden van kracht zijn binnen de praktijkopleidingsplaats, die direct verband houden met de individuele gezondheidszorg die de zorginstelling verleent in het desbetreffende verpleegkundig specialisme. De gemandateerd beheerder verklaart dat de zorginstelling zich zal houden aan de bepalingen uit het Algemeen Besluit en de daaruit voortvloeiende beleidsregels zoals gepubliceerd op de website van het Verpleegkundig Specialisten Register.

**Aldus naar waarheid ingevuld**

**Naam gemandateerd beheerder**:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Datum**:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Handtekening gemandateerd beheerder**:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_