

**DECLARATION D'UNE MODIFICATION ADMINISTRATIVE
D'UN ETABLISSEMENT MEDICAL DE CLASSE II OU CLASSE III**



agence fédérale de contrôle nucléaire

Pour être recevable, toutes les rubriques applicables doivent être complétées lisiblement et de la manière la plus exhaustive possible (annexes à copier si nécessaire) et à envoyer à l'AFCN, rue Ravenstein 36, 1000 Bruxelles, ou être envoyées sous forme électronique imprimable à l'adresse : pointcontact@fanc.fgov.be

L'AFCN, responsable du traitement, traite vos données à caractère personnel à des fins de gestion interne dans le cadre de votre demande d'autorisation. Ces données peuvent être communiquées à d'autres services publics et d'autres services d'inspection dans le cadre des compétences respectives. Vous disposez d'un droit d'accès aux données traitées et dans le cas où celles-ci seraient erronées, du droit de les faire corriger. Vous êtes également en mesure d'obtenir des renseignements concernant la description du traitement en consultant le registre public tenu par la Commission de la protection de la vie privée.

Demandeur¹ : <input type="checkbox"/> monsieur <input type="checkbox"/> madame		nom : _____	prénom : _____	
agissant en tant : <input type="checkbox"/> qu'exploitant ¹ en personne physique <input type="checkbox"/> que représentant dûment habilité de la société exploitante ¹ reprise sous rubrique	domicilié(e) à:			
	rue : _____		n° : ____	bte : ____
	code postal : _____		localité : _____	
	contact : n° tél. : _____ GSM : _____ contact : e-mail : _____			
Etablissement : Nom du (nouvel) exploitant¹ ou dénomination de la (nouvelle) société exploitante¹ : <input type="checkbox"/> idem demandeur <input type="checkbox"/> société : _____ n° d'entreprise (BCE) : _____		Lieu d'exploitation : Adresse du siège d'exploitation (ou adresse du siège social dans le cas d'une installation mobile ou d'une activité temporaire ou occasionnelle) : <input type="checkbox"/> idem domicile <input type="checkbox"/> autre : rue : _____ n° : _____ bte : ____ code postal : _____ localité : _____ n° de l'unité d'établissement (BCE) : _____		
Coordonnées de la personne de contact⁵ : <input type="checkbox"/> idem demandeur <input type="checkbox"/> autre : <input type="checkbox"/> monsieur <input type="checkbox"/> madame nom+prénom : _____ en qualité de : _____ contact (tél/mail) : _____		Type de modification administrative : <input type="checkbox"/> changement de l'organisme de contrôle physique agréé <input type="checkbox"/> changement du chef du service de contrôle physique <input type="checkbox"/> départ d'un expert agréé en contrôle physique interne <input type="checkbox"/> changement du chef d'établissement <input type="checkbox"/> changement de la dénomination de la société (n° BCE inchangé) <input type="checkbox"/> modification administrative communale du nom/ numéro de rue <input type="checkbox"/> changement de l'adresse sociale /de facturation <input type="checkbox"/> transfert d'autorisation ² : <input type="checkbox"/> entière ³ <input type="checkbox"/> partielle ⁴ <input type="checkbox"/> autre : _____		
Adresse e-mail pour toute correspondance officielle⁵ : <input type="checkbox"/> idem demandeur <input type="checkbox"/> idem personne de contact <input type="checkbox"/> autre : _____		Description de la modification administrative : _____ _____ _____ _____		
Date du transfert/de la modification : _____				
Le demandeur/l'exploitant¹ : <input type="checkbox"/> permet <input type="checkbox"/> ne permet pas qu'une copie de la communication échangée dans le cadre de cette déclaration soit transmise à l'organisme agréé de contrôle physique concerné (si d'application). Dans le cas d'un transfert : <input type="checkbox"/> s'engage à souscrire une police d'assurance couvrant les responsabilités civiles résultant des activités nucléaires ; <input type="checkbox"/> s'engage à conclure, avant la mise en service de l'établissement, une convention avec l'ONDRAF réglant les aspects qui relèvent de sa compétence et à respecter les obligations administratives, techniques et financières qui en découlent ⁶ ; <input type="checkbox"/> déclare être au courant des conditions d'autorisation existantes et être en mesure de s'y conformer.		date : _____ signature : _____ _____		
Dans le cas d'un transfert, le détenteur actuel de(s) autorisation(s) ou personne légalement habilitée pour sa représentation : <input type="checkbox"/> monsieur <input type="checkbox"/> madame prénom + nom : _____ en qualité de : _____ déclare : - avoir pris connaissance de la présente demande de transfert d'autorisation ; - ne pas m'y opposer.		date : _____ signature ancien exploitant ¹ : _____		

¹ exploitant ou représentant dûment habilité d'une société avec personnalité juridique, il ne peut y avoir qu'un seul exploitant (personne physique ou morale) responsable de l'établissement
² continuation de l'activité par un autre exploitant au sein du même site d'exploitation
³ le cas échéant, cette notification doit être accompagnée d'une déclaration de modification de l'établissement
⁴ cette notification doit être accompagnée d'une déclaration de modification de l'établissement
⁵ données obligatoires afin de faciliter la communication ultérieure
⁶ non applicable pour l'exploitation exclusive d'appareils à rayonnement X