

**NOTIFICATION DE CESSATION D'ACTIVITE  
 D'UN ETABLISSEMENT MEDICAL DE CLASSE II OU CLASSE III**

 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 du Marquis 1 bte 6A, 1000 Bruxelles, ou être envoyées sous forme électronique imprimable à l'adresse : [pointcontact@fanc.fgov.be](mailto:pointcontact@fanc.fgov.be)

<b>Demander<sup>1</sup> :</b> <input type="checkbox"/> monsieur <input type="checkbox"/> madame nom : _____ prénom : _____		
<b>agissant en tant :</b>  <input type="checkbox"/> qu'exploitant <sup>1</sup> en personne physique  <input type="checkbox"/> que représentant dûment habilité de la société exploitante <sup>1</sup> reprise sous rubrique	<b>domicilié(e) à:</b> rue : _____ n° : ____ bte : ____ code postal : _____ localité : _____	
	contact : n° tél. : _____ GSM : _____ contact : e-mail : _____	
	<b>Etablissement :</b> <b>Nom du détenteur actuel de(s) autorisation(s) ou dénomination de la société exploitante<sup>1</sup> :</b> <input type="checkbox"/> idem demandeur <input type="checkbox"/> autre : <input type="checkbox"/> monsieur <input type="checkbox"/> madame nom+prénom : _____ <input type="checkbox"/> société : _____ n° d'entreprise (BCE) : _____	
	<b>Lieu d'exploitation :</b> 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) : _____	
<b>Coordonnées de la personne de contact<sup>2</sup> :</b> <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) : _____		
<b>N° de référence de(s) (l')autorisation(s) d'exploitation :</b> _____		
<b>Date de la cessation :</b> _____		
<b>Le demandeur<sup>1</sup> :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>déclare avoir cessé définitivement les activités couvertes par l'autorisation d'exploitation référencée et que le plan d'approche à ce sujet a été préalablement approuvé par l'expert agréé en contrôle physique;</li> <li>joint à la présente les informations concernant la destination des appareils à rayonnement X utilisés à des fins médicales (le formulaire ci-joint peut être utilisé à cette fin) ;</li> <li>joint à la présente les certificats d'évacuation (ONDRAF), les certificats de reprise par le fournisseur ou le fabricant ou les attestations du nouveau destinataire des substances/sources radioactives<sup>3</sup> ;</li> <li>joint à la présente un rapport de l'expert agréé en contrôle physique confirmant la cessation et la libération des locaux<sup>3</sup></li> </ul> <input type="checkbox"/> <b>le demandeur</b> , détenteur d'une autorisation personnelle pour l'utilisation de rayonnements ionisants à des fins médicales, déclare de mettre fin également à ces activités en tant qu'utilisateur de rayonnements ionisants.		date : _____  signature du demandeur <sup>1</sup> : _____
<b>Informations complémentaires:</b> <b>Déménagement :</b> pour le nouveau site d'exploitation une déclaration distincte devra être introduite <sup>4</sup> . <b>Transfert :</b> dans le cadre d'une <b>reprise</b> d'exploitation déjà autorisée (continuation de l'activité par un autre exploitant <sup>1</sup> au sein du même site, entière ou partielle), une demande de modification administrative devra être introduite <sup>4</sup> .		

<sup>1</sup> exploitant ou personne légalement habilitée à en assurer la liquidation

<sup>2</sup> données obligatoires afin de faciliter la communication ultérieure

<sup>3</sup> non applicable pour l'exploitation exclusive d'appareils à rayonnement X

<sup>4</sup> le formulaire et les renseignements à fournir sont disponibles sur simple demande ou via le site web de l'AFCN

## NOTIFICATION DE CESSATION D'ACTIVITE D'UN ETABLISSEMENT MEDICAL DE CLASSE II OU CLASSE III

### INFORMATIONS CONCERNANT LA DESTINATION DES APPAREILS A RAYONNEMENT X MIS HORS SERVICE

Nombre d'appareils concernés : \_\_\_\_\_

Au cas où plusieurs appareils ont été éliminés, remplacés ou mis hors service, il convient d'indiquer la destination de chaque appareil individuellement (formulaire présent à copier si nécessaire).

Dans chacun des cas énumérés, il convient, lorsque c'est possible, de se faire remettre un accusé de réception par le nouveau propriétaire (nouvel exploitant, fournisseur, organisation caritative, ...).

Appareil à rayonnement X : \_\_\_\_\_ (marque, type, n° de série)

l'appareil a été déménagé vers un autre site du même exploitant<sup>1</sup> :

\_\_\_\_\_ (adresse d'exploitation)

l'appareil a été repris par un autre exploitant<sup>1</sup> :

\_\_\_\_\_ (nom, prénom)

l'appareil a été repris par le fournisseur

l'appareil a été déménagé vers l'étranger

l'appareil a été éliminé par le biais d'un collecteur agréé ou centre autorisé pour le traitement de déchets d'équipements électriques ou électroniques<sup>2</sup>

l'appareil a été mis définitivement hors service

mesures prises pour empêcher une mise en route intempestive de l'appareil :

enlever les fusibles;

séparer le panneau de commande de l'appareil;

neutraliser le panneau de commande;

couper le cordon d'alimentation;

neutraliser la minuterie de l'appareil;

autre : \_\_\_\_\_

-----  
Appareil à rayonnement X : \_\_\_\_\_ (marque, type, n° de série)

l'appareil a été déménagé vers un autre site du même exploitant<sup>1</sup> :

\_\_\_\_\_ (adresse d'exploitation)

l'appareil a été repris par un autre exploitant<sup>1</sup> :

\_\_\_\_\_ (nom, prénom)

l'appareil a été repris par le fournisseur

l'appareil a été déménagé vers l'étranger

l'appareil a été éliminé par le biais d'un collecteur agréé ou centre autorisé pour le traitement de déchets d'équipements électriques ou électroniques<sup>2</sup>

l'appareil a été mis définitivement hors service

mesures prises pour empêcher une mise en route intempestive de l'appareil :

enlever les fusibles;

séparer le panneau de commande de l'appareil;

neutraliser le panneau de commande;

couper le cordon d'alimentation;

neutraliser la minuterie de l'appareil;

autre : \_\_\_\_\_

Nom+prénom :

date :

signature :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Exploitant au sens de l'Arrêté Royal du 20 juillet 2001 portant Règlement Général de la protection de la population, des travailleurs et de l'environnement contre le danger des rayonnements ionisants.

<sup>2</sup> Il convient ici de faire attention à la présence potentielle de certains éléments toxiques comme le plomb et l'huile de refroidissement (voir la législation environnementale régionale).