

**DECLARATION D'UNE MODIFICATION ADMINISTRATIVE  
 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

<b>Le demandeur<sup>1</sup> :</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X		Nom : _____ Prénom : _____ Tél. : _____ GSM : _____ E-mail : _____	
<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> mentionnée ci-dessous			
<b>Nom du (nouveau) exploitant<sup>1</sup> ou dénomination de la (nouvelle) société exploitante<sup>1</sup> :</b> <input type="checkbox"/> idem demandeur (personne physique) <input type="checkbox"/> entreprise : _____ N° d'entreprise (BCE) <sup>2</sup> : _____		<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) : Rue : _____ n° : _____ Code postal : _____ localité : _____ N° de l'unité d'établissement (BCE) <sup>3</sup> UE _____	
<b>Chef du service de contrôle physique (CSCP) :</b> <input type="checkbox"/> idem demandeur <input type="checkbox"/> autre : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X Nom : _____ Prénom : _____ Fonction(s) : _____ Tél. : _____ GSM : _____ E-mail : _____		<b>Type de modification administrative :</b> <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 reste inchangé) <input type="checkbox"/> changement de l'adresse du siège social <input type="checkbox"/> modification administrative communale, changement du : <input type="checkbox"/> nom de rue <input type="checkbox"/> n° de rue <input type="checkbox"/> transfert d'autorisation <sup>5</sup> : <input type="checkbox"/> entière <sup>6</sup> <input type="checkbox"/> partielle <sup>7</sup> <input type="checkbox"/> autre : _____	
<b>E-mail pour correspondance officielle<sup>4</sup> :</b> <input type="checkbox"/> idem demandeur <input type="checkbox"/> idem CSCP <input type="checkbox"/> autre : _____		<b>Description de la modification administrative :</b> _____ _____ _____	
<b>Facturation :</b> Acceptez-vous la facturation par courrier électronique? <input type="checkbox"/> Oui, adresse e-mail pour la facturation : <input type="checkbox"/> idem demandeur <input type="checkbox"/> idem correspondance officielle <input type="checkbox"/> autre : _____ <input type="checkbox"/> Non, adresse de facturation : <input type="checkbox"/> siège social <input type="checkbox"/> siège d'exploitation (BCE) <sup>3</sup> : UE _____		<b>Date du transfert/de la modification :</b> _____	
<b>Le demandeur/l'exploitant<sup>1</sup> :</b> <input type="checkbox"/> permet <input type="checkbox"/> ne permet pas, qu'au besoin, les communications échangées dans ce cadre soient transmises à l'organisme agréé de contrôle physique concerné. <b>Dans le cas d'un transfert :</b> <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 <sup>8</sup> ; <input type="checkbox"/> déclare être au courant des conditions d'autorisation existantes et être en mesure de s'y conformer. <div style="text-align: right;">date : _____ signature : _____</div>			
<b>Dans le cas d'un transfert, le détenteur actuel de(s) autorisation(s) ou personne légalement habilitée pour sa représentation:</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X Nom : _____ Prénom : _____ en qualité de : _____ <input checked="" type="checkbox"/> avoir pris connaissance de la présente demande de transfert d'autorisation; <input checked="" type="checkbox"/> ne pas m'y opposer. <div style="text-align: right;">date : _____ signature ancien exploitant : _____</div>			
<small> <sup>1</sup> Exploitant ou représentant dûment habilité d'une société exploitante avec personnalité juridique, il ne peut y avoir qu'un seul exploitant (p. physique ou morale) responsable de l'établissement.  <sup>2</sup> Chaque entité reçoit lors de son inscription à la Banque Carrefour des Entreprises (BCE) un numéro d'entreprise. L'utilisation de ce numéro est imposée par la loi. Le numéro d'entreprise est un numéro d'identification unique. Il se compose de 10 chiffres dont le premier correspond à 0 ou 1. Le nom et l'adresse du siège social seront repris tels qu'ils ont été enregistrés à la BCE. Voir : <a href="#">Consultation et recherche de données dans la BCE</a>.  <sup>3</sup> Chaque unité d'établissement reçoit un numéro d'identification unique qui est différent du numéro d'entreprise. Le numéro d'établissement se compose de 10 chiffres. Le premier chiffre est compris entre 2 et 8. Le nom et l'adresse du siège d'exploitation seront repris tels qu'ils ont été enregistrés à la BCE.  <sup>4</sup> Données obligatoires afin de faciliter la communication ultérieure.  <sup>5</sup> Continuation de l'activité par un autre exploitant au sein du même site d'exploitation.  <sup>6</sup> Le cas échéant, cette notification doit être accompagnée d'une déclaration de modification de l'établissement.  <sup>7</sup> Cette notification doit être accompagnée d'une déclaration de modification de l'établissement formulaires disponibles via <a href="#">fanc.fgov.be</a>.  <sup>8</sup> Non applicable pour l'exploitation exclusive d'appareils à rayonnement.         </small>			

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 de l'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.

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

### Organisation du contrôle physique

- la proposition de modification dans le cadre de cette déclaration ne nécessite pas l'actualisation de données déjà transmises dans cette rubrique  
 ci-dessous /  ci-joint sont repris les renseignements, nouveaux ou actualisés, dans le cadre de cette déclaration :

L'expert agréé en contrôle physique est :

interne,

organisation du rôle de garde (par qui et comment) : .....

externe,

organisme agréé de contrôle physique :  Be.Sure  Techni-Test  Vinçotte

Description de la position du service de contrôle physique au sein de l'organigramme (*joindre cet organigramme le cas échéant*) :

Description de l'organisation générale du service de contrôle physique de l'exploitant et des différentes installations de cet établissement, avec indication du nombre et de la qualification des agents de radioprotection :

Ce service fait-il partie d'un service commun de contrôle physique ?  Non

Oui, référence de l'approbation de l'AFCN de ce service commun de contrôle physique : .....

### Organisation de la radiophysique médicale (pas d'application pour les expositions vétérinaires)

- la proposition de modification dans le cadre de cette déclaration ne nécessite pas l'actualisation de données déjà transmises dans cette rubrique  
 ci-dessous /  ci-joint sont repris les renseignements, nouveaux ou actualisés, dans le cadre de cette déclaration :

Proposition de désignation d'(un) expert(s) agréé(s) en radiophysique médicale (ou organisme) pour l'organisation et l'application des mesures nécessaires pour garantir la radioprotection du patient et le contrôle de qualité de l'appareillage.

pour la radiologie – RX,

nom : .....

(la liste des noms des experts est consultable sur le site de l'AFCN : [www.fanc.fgov.be](http://www.fanc.fgov.be))