

Le demandeur :	
Nom : _____	Prénom : _____
Tél. : _____ GSM : _____	E-mail : _____
agissant en tant que représentant dûment habilité de l'exploitant ¹ dénommé ci-dessous	
(nouvel) exploitant¹ :	Lieu d'exploitation :
N° d'entreprise (BCE) ² : _____	Adresse du siège d'exploitation (pas d'application pour les installations mobiles) :
Nom : _____	Rue : _____ N° : _____
Chef du service de contrôle physique (CSCP) :	Code postal : _____ Localité : _____
<input type="checkbox"/> idem demandeur <input type="checkbox"/> autre :	N° de l'unité d'établissement (BCE) ³ : UE _____
Nom : _____ Prénom : _____	Type de modification administrative :
Tél. : _____ GSM : _____	<input type="checkbox"/> changement de l'organisme de contrôle physique agréé
E-mail : _____	<input type="checkbox"/> changement du chef du service de contrôle physique
E-mail pour correspondance officielle :	<input type="checkbox"/> départ d'un expert agréé en contrôle physique interne
<input type="checkbox"/> idem demandeur <input type="checkbox"/> idem CSCP	<input type="checkbox"/> changement du chef d'établissement
<input type="checkbox"/> autre : _____	<input type="checkbox"/> changement dénomination de l'entreprise (n° BCE inchangé)
Facturation :	<input type="checkbox"/> changement de l'adresse du siège social
Acceptez-vous la facturation par courrier électronique?	<input type="checkbox"/> modification administrative communale, changement :
<input type="checkbox"/> <u>Oui</u> , adresse e-mail pour la facturation :	<input type="checkbox"/> du nom de rue <input type="checkbox"/> du n° de rue
<input type="checkbox"/> idem demandeur	<input type="checkbox"/> transfert d'autorisation : <input type="checkbox"/> entière <input type="checkbox"/> partielle ⁴
<input type="checkbox"/> idem correspondance officielle	<input type="checkbox"/> autre : _____
<input type="checkbox"/> autre : _____	Description de la modification administrative :
<input type="checkbox"/> <u>Non</u> , adresse de facturation :	_____
<input type="checkbox"/> siège social	_____
<input type="checkbox"/> siège d'exploitation (BCE) ³ : UE _____	Date du transfert/de la modification : _____
Le demandeur/l'exploitant¹ :	
<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.	
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 ⁵ ;	
<input type="checkbox"/> déclare être au courant des conditions d'autorisation existantes et être en mesure de s'y conformer.	
Date (si <u>pas</u> dans E-signature) : _____	(E-)Signature : _____
Dans le cas d'un transfert, le détenteur actuel de(s) autorisation(s) ou personne légalement habilitée pour sa représentation :	
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.	
Date (si <u>pas</u> dans E-signature) : _____	(E-)Signature (ancien exploitant) : _____
¹ Il ne peut y avoir qu'un seul exploitant (personne physique ou morale) responsable de l'établissement. ² Chaque entreprise reçoit un numéro d'entreprise lors de son inscription à la Banque Carrefour des Entreprises (BCE). Le nom de l'entreprise et l'adresse du siège social seront repris exactement tels qu'ils sont enregistrés à la BCE, voir : Consultation et recherche de données dans la BCE . ³ Chaque unité d'établissement d'une entreprise reçoit un numéro d'identification unique dans la BCE, qui diffère du numéro d'entreprise. L'adresse de ce siège d'exploitation sera reprise exactement telle qu'elle est enregistrée à la BCE. ⁴ En cas d'autres modifications au sein de l'établissement, le (nouvel) exploitant est tenu de joindre une déclaration de modification non administrative à la présente déclaration. Informations et formulaires à compléter sont disponibles via la page web : Modification d'un établissement autorisé ⁵ Non applicable pour l'exploitation exclusive d'appareils à rayonnement X.	

Pour que la déclaration soit recevable, toutes les rubriques applicables doivent être remplies lisiblement et aussi complètement que possible. La déclaration doit être envoyée à l'AFCN, Rue du Marquis 1 bte 6A, 1000 Bruxelles, ou à l'adresse : pointcontact@fanc.fgov.be

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 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 :

Pour les cabinets dentaires :

Nom de l'expert agréé en radiophysique médicale (ou de l'organisme externe) : _____

Pour les autres établissements :

Est-ce qu'un service de [radiophysique médicale](#) doit être créé ?

Non (*)

- Nom(s) d'un/d'expert(s) agréé(s) en radiophysique médicale : _____

- Nom d'une organisation externe pour la radiophysique médicale : _____

- Si d'application, une description de la répartition des tâches et des responsabilités entre l'(les) expert(s) agréé(s) en radiophysique médicale et l'organisation externe en radiophysique médicale : _____

Oui : Existe-t-il un service commun de radiophysique médicale ?

Non, **à ajouter à cette déclaration**: organigramme indiquant la position du service au sein de l'établissement et les liens avec les services au sein desquels interviennent des experts agréés en radiophysique médicale, avec le service de contrôle physique et avec les services de soutien (ICT, service technique ou service biomédical, ...)

Oui, date d'approbation de l'AFCN : _____

Nom, prénom et coordonnées du chef du service de radiophysique médicale :

Nom : _____ Prénom : _____

Tél. : _____ GSM : _____ E-mail : _____

Le chef du service est-il un expert agréé en radiophysique médicale ? Oui

Non, mais a suivi une formation :

comme stipulé dans l'arrêté expositions médicales, article 85 § 2 en § 3 pour un établissement de classe III (ou formation équivalente)

comme stipulé dans l'arrêté expositions médicales, article 85, § 2, § 3 en § 7 pour un établissement de classe II (ou formation équivalente)
à ajouter à cette déclaration : diplôme, certificat ou une attestation de compétence

Répartition du temps de travail du chef du service de radiophysique médicale : _____ % dont :

coordination et organisation du service de radiophysique médicale : _____ %

autre(s) fonction(s) :

expert agréé en radiophysique médicale (pourcentage activités cliniques/domaine de compétence) :

radiothérapie : _____ % radiologie : _____ % médecine nucléaire : _____ %

chef du service de contrôle physique : _____ %

conseiller en prévention : _____ %

responsable qualité : _____ %

autre : _____ %

(*) : Les exploitants d'établissements de classe III en sont exemptés, sauf s'ils disposent d'un appareil de tomographie ou d'un système de radiologie interventionnelle

La liste des noms des experts est consultable sur le site de l'AFCN, via la page : [Radiophysique médicale](#)

Pour que la déclaration soit recevable, toutes les rubriques applicables doivent être remplies lisiblement et aussi complètement que possible.
 La déclaration doit être envoyée à l'AFCN, Rue du Marquis 1 bte 6A, 1000 Bruxelles, ou à l'adresse : pointcontact@fanc.fgov.be