



Direction générale SOINS DE SANTE PRIMAIRES ET GESTION DE CRISE

FORMULAIRE DE NOTIFICATION DE LA MISE A DISPOSITION D'UN DEFIBRILLATEUR EXTERNE AUTOMATIQUE (1)

Soussigné

Nom :

demeurant à

Rue :

Numéro :

Boîte :

Commune :

Code postale :

joignable par numéro(s) téléphonique(s)

déclare mettre

(2) <input type="checkbox"/>	dans le lieu public suivant		
	Rue :	Numéro :	Boîte :
	Commune :	Code postale	
	exprimé en coordonnées LAMBERT2005 : x : <input type="text"/> y : <input type="text"/>		
	et décrit comme suit (mention d'étage, particularité de l'endroit, ..)		
(2) <input type="checkbox"/>	ou dans le véhicule suivant :		
	marque :	type :	
	plaque :	numéro de série :	
	en cas d'ambulance	ambulance AMU : <input type="checkbox"/>	autre ambul. : <input type="checkbox"/>

un défibrillateur externe automatique

de catégorie 1 (3) ou de catégorie 2 (3)

marque : type : numéro de série :

à disposition conformément aux dispositions de l'arrêté royal fixant les normes de sécurité et les autres normes applicables au défibrillateur externe automatique utilisé dans le cadre d'une réanimation.

Dans le cas d'un placement dans un endroit public le soussigné joint au présent formulaire une copie d'une ou plusieurs carte(s) topographique(s) à l'échelle 1/10.000, en y indiquant la position exacte, afin d'en permettre la localisation, à tout le moins au centre d'un cercle d'un rayon de 500 m.

Le soussigné déclare prendre les mesures qui s'imposent pour assurer l'entretien de l'appareil conformément aux instructions du fabricant.

Fait à

Commune :

Boîte postale :

le : (date)

Signature :

(1) : un formulaire par appareil SVP.

(2) : cocher une des deux cases SVP.

(3) : cocher une des deux cases SVP.

A transmettre : SPF Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, DG2, Place Victor Horta, 40/10, 1060 Bruxelles.

Espace réservée	Date de réception :	Gestionnaire de dossier :
Avis :	Numéro d'enregistrement :	
Pour accord : DIRECTEUR GENERAL	Date :	