|  |
| --- |
| **Aanvraag WDTM certificering :**  |
| * **WDTM Ketenkeurmerk PersonenAlarmering Versie 4.0**
 |  [ ]  |
| * **WDTM Ketenkeurmerk Toegang tot zorgwoningen**
 |  [ ]  |
| **Algemene informatie (conform kamer van koophandel)** Recent uittreksel van de Kamer van Koophandel toevoegen bij deze aanvraag. |
| KvK nr. |  |
| Naam organisatie |  |
| Contact persoon (mevr. / dhr.) |  |
| Functie |  |
| E-mail (contactpersoon) |  |
| Adres |  |
| Postcode & plaats |  |
| Post adres |  |
| Telefoon  |  |  |
| E-mail (algemeen) |  |
| Website |  |
| BTW nr. |  |
| Aantal vestigingen |  |
| Aantal FTE |  |
| Lid WDTM  |  [ ]  Ja [ ]  Nee |

|  |
| --- |
| **Rol(len)**  |
| Fabrikant / Leverancier | [ ]  Ja [ ]  Nee [ ]  N.v.t. |  |
| Aanbieder | [ ]  Ja [ ]  Nee [ ]  N.v.t. |
| Installateur | [ ]  Ja [ ]  Nee [ ]  N.v.t. |
| Zorgcentrale | [ ]  Ja [ ]  Nee [ ]  N.v.t. |
| Alarmopvolger | [ ]  Ja [ ]  Nee [ ]  N.v.t. |
| System Integrator | [ ]  Ja [ ]  Nee [ ]  N.v.t. |

|  |
| --- |
|  **Planning** |
|  Welke periode heeft uw voorkeur dat de audit plaatsvindt? |  |

**Stuur a.u.b. het formulier naar:** nl.offertes.ncp.fss@kiwa.com

Inclusief een recent uittreksel van de Kamer van Koophandel van de organisatie die erkend dient te worden.