|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Aanvraag WDTM certificering :** | | |
| * **WDTM Ketenkeurmerk PersonenAlarmering Versie 4.0** | |  |
| * **WDTM Ketenkeurmerk Toegang tot zorgwoningen Versie 1.0** | |  |
| **Algemene informatie (conform kamer van koophandel)**  Recent uittreksel van de Kamer van Koophandel toevoegen bij deze aanvraag. | | |
| KvK nr. |  | |
| Naam organisatie / bedrijf |  | |
| Contact persoon (mevr. / dhr.) |  | |
| Functie |  | |
| E-mail (contactpersoon) |  | |
| Adres |  | |
| Postcode & plaats |  | |
| Post adres |  | |
| Telefoon |  | |
| E-mail (algemeen) |  | |
| Website |  | |
| BTW nr. |  | |
| Aantal vestigingen |  | |
| Aantal FTE |  | |
| Rol Zorgcentrale | Aantal aansluitingen  < 5000 /  > 5000 | |
| 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. | **N.v.t. bij Toegang tot zorgwoningen** |

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

**Stuur a.u.b. het formulier naar:** [nl.quotescertification.fss@kiwa.com](mailto:nl.quotescertification.fss@kiwa.com)

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