

Annexe 2 – Déclaration sur l’honneur pour adhésion de l’hôpital au programme de dépistage néonatal systématique de la surdité en Communauté française

Ce document peut-être obtenu sous format électronique en adressant un courriel à bernadette.lessens@cfwb.be

A renvoyer à la Direction générale de la santé, 44 bld Léopold II, 1080 Bruxelles.

Je soussigné (nom et prénom de la personne qui engage l’institution)

.....

Agissant en qualité de

Pour (dénomination et adresse du réseau hospitalier)

.....

.....

.....

Atteste que l’institution hospitalière que je représente et le service de maternité de l’institution :

- * adhère au programme de dépistage néonatal systématique de la surdité et à son protocole ;
- * remplit les conditions prévues aux articles 11, 12 et 13 de l’Arrêté du Gouvernement de la Communauté française en matière de dépistage néonatal systématique de la surdité du 27 mai 2009 ;
- * s’engage à rentrer trimestriellement auprès de l’administration de la santé de la Communauté française les déclarations de créance suivant le modèle fixé par l’Arrêté susmentionné ;
- * s’engage à limiter la participation financière demandée aux parents à 10 € maximum.

Les maternités participantes de ce réseau hospitalier sont (sites et adresses)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nom de la personne contact pour le suivi du programme :

.....

N° de téléphone où on peut la joindre :

Adresse email pour la joindre :

Date

.....

Signature

.....