



## Aanvraagformulier Beperkte Instellingsaccreditatie

**Datum aanvraag**

**Naam organisatie**

**Gewenste startdatum BIA**

**Toelichting/motivatie aanvraag BIA**

**Contactgegevens**

Naam contactpersoon

Telefoonnummer

E-mailadres

**Facturatiegegevens**

Bedrijfsnaam

Adres

Postcode

Plaats

E-mailadres



### T.b.v. bepaling BIA-tarief

- Heeft uw organisatie een winstogmerk?  Ja  Nee
- Wordt de door u georganiseerde deskundigheidsbevordering gesponsord?  Ja  Nee
- Betreft het een BIA inzake fysieke scholingen?  Ja  Nee
- Betreft het een BIA inzake e-learning?  Ja  Nee

### De volgende gegevens dient u bij het aanvraagformulier mee te sturen:

- Een overzicht van het bij- en nascholingsaanbod waarvoor in de afgelopen 3 jaar een accreditatieverzoek is ingediend en het besluit dat op dat verzoek is genomen;
- Jaarplan scholingen/jaarverslag organisatie;
- Beschrijving van de kwaliteitsborging van de scholingen.

### Namens bovenstaande organisatie verklaart ondergetekende:

- Te zullen voldoen aan de gestelde eisen in het Reglement Beperkte Instellingsaccreditatie NAPA en de Richtlijn Accreditatie Deskundigheidsbevordering Physician Assistant.
- Medewerking te zullen verlenen bij de toetsing van het scholingsaanbod door steekproef en/of visitatie door de Commissie Accreditatie van NAPA.
- Gedurende de looptijd van de overeenkomst het jaarlijkse tarief verschuldigd aan NAPA tijdig te voldoen. De tarieven worden jaarlijks geïndexeerd volgens de MEV-index.

Naam

Functie

Handtekening