

Formulaire d'inscription d'une pratique de groupe, d'une maison médicale dans l'utilisation de l'application e-vax.

Dénomination* _____

Adresse* _____

Code postal _____ Localité* _____

Téléphone* _____

e-mail* _____

Dans le cadre de l'utilisation d'e-vax, plateforme électronique sécurisée de commandes des vaccins distribués par la Fédération Wallonie-Bruxelles dans le cadre de son programme de vaccination, les personnes déclarées ci-dessous s'engagent personnellement :

- à générer des commandes de vaccins en fonction de l'enregistrement des vaccins administrés aux individus avec lesquels ils sont dans une relation de soins préventifs ou thérapeutiques ;
- à prévenir oralement le sujet vacciné de l'enregistrement de ses vaccinations dans une banque de données centralisée et de sa liberté de refuser cet enregistrement¹ ;
- à respecter les règles de déontologie et de la protection de la vie privée dans l'utilisation d'e-vax ;
- à prévenir le support@e-vax.be lors de tout changement des personnes autorisées et renseignées **au verso**.

* A compléter obligatoirement en lettres capitales

¹ Cf. Art. 27 délibération du CSSS/Santé 14/035 du 20 mai 2014

SIGNATURE										
N°INAMI ¹										
FONCTION*										
PRENOM*										
NOM*										
NISS										

Document envoyé le ____/____/____ à support@e-vax.be ou par fax au 010 45 67 95

¹ Obligatoire pour les prestataires de soins

* A compléter obligatoirement en lettres capitales