***Inschrijfformulier***

Door het invullen van dit inschrijfformulier schrijft u uw vestiging in als kandidaat voor de erkenning "Vestigingen waar triage wordt uitgevoerd".

Wij verzoeken u vriendelijk het ondertekende formulier te mailen naar:

audiciens@centrumvoorcertificatie.nl

|  |  |
| --- | --- |
| **Correspondentie adres** |  |
| Bedrijfsnaam:  |  |
| Adres:  |  |
| Postcode:  |  |
| Plaats:  |  |
| Telefoonnummer:  |  |
|   |  |
| **Contactpersoon** |  |
| Voorletter:  |  |
| Tussenvoegsel:  |  |
| Achternaam:  |  |
| Geslacht:  |  |
|   |  |
| **Vestiging** |  |
| Adres:  |  |
| Postcode:  |  |
| Plaats:  |  |
| AGB Code:  |  |
| Telefoonnummer:  |  |
| E-mailadres:  |  |

**Verklaring**

De aanvrager verklaart akkoord te zijn met en op de hoogte te zijn van het Erkenningsreglement “vestigingen waar triage wordt uitgevoerd” en alsmede het inschrijfformulier naar waarheid te hebben ingevuld. Tevens geeft ondergetekende aan dit formulier ingevuld te hebben met goedkeuring van het bedrijf.

Naam

Datum

Handtekening