

FORMULAIRE DE PREPARATION POUR L'UTILISATION D'EBIRTH APPLICATION HÔPITAL

SPF Stratégie et Appui , DG Transformation digitale - Service Desk
 WTC III, 30 Boulevard Simon Bolivar 1000 Bruxelles - Tel : +32 2 474 50 63
ProjectEbirth@bosa.fgov.be

Identification de l'hôpital																						
Nom de l'hôpital																						
Nom du campus																						
N° INAMI hôpital												N° campus										
Adresse																						
Code postal												Ville										
Code NIS												Code NIS district ¹										

Identification Etat Civil																					
Etat Civil de la commune de ¹																					
Adresse																					
Code postal												Ville									
Code NIS												Code NIS district ¹									

Contacts hôpital																						
<i>Responsable accès entreprise (RAE)</i>																						
Nom																						
Prénom																						
N° téléphone												/										
Email																						
<i>Responsable de maternité</i>																						
Nom																						
Prénom																						
N° téléphone												/										
Email	(Liste de distribution)																					

¹ Si la commune de l'hôpital est Anvers ou Tournai, nous vous demandons de spécifier le district de la commune.
² Veuillez cocher la case adéquate.



<i>Responsable sages-femmes</i>													
Nom													
Prénom													
N° téléphone					/								
Email													

Informations PREPARATION														
<i>Solution technique</i> ²	<input type="checkbox"/> Web Application				<input type="checkbox"/> Web Service									

Si « Web Service » a été coché, veuillez répondre aux questions suivantes.

1. L'intégration des <i>web services</i> sera-t-elle effectuée par un fournisseur de logiciel ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui, précisez le nom du fournisseur.		
2. Disposez-vous déjà de certificat(s) eHealth pour utiliser les web services ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Période de préparation souhaitée	Date de début des tests	/	2	0	Date de démarrage en production	/	2	0
----------------------------------	-------------------------	---	---	---	---------------------------------	---	---	---

Adresse E-mail pour la réception des mails automatiques générés par eBirth (à fournir quelle que soit la solution technique choisie)

E-mail	
--------	--

Point de contact support

Nom													
Prénom													
N° téléphone					/								
E-mail	(Liste de distribution)												

Point de contact technique

Nom													
Prénom													
N° téléphone					/								
E-mail	(Liste de distribution)												

¹ Si la commune de l'hôpital est Anvers ou Tournai, nous vous demandons de spécifier le district de la commune.

² Veuillez cocher la case adéquate.

Commentaires

¹ Si la commune de l'hôpital est Anvers ou Tournai, nous vous demandons de spécifier le district de la commune.
² Veuillez cocher la case adéquate.