



## Aanvraag WDTM certificering :

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| - WDTM Ketenkeurmerk PersonenAlarmering Versie 4.0       | <input type="checkbox"/> |
| - WDTM Ketenkeurmerk Toegang tot zorgwoningen Versie 1.0 | <input type="checkbox"/> |

### Algemene informatie (conform kamer van koophandel)

Recent uittreksel van de Kamer van Koophandel toevoegen bij deze aanvraag.

KvK nr.	
Naam organisatie / bedrijf	
Contact persoon (mevr. / dhr.)	
Functie	
E-mail (contactpersoon)	
Adres	
Postcode & plaats	
Post adres	
Telefoon	
E-mail (algemeen)	
Website	
BTW nr.	
Aantal vestigingen	
Aantal FTE	
Rol Zorgcentrale	Aantal aansluitingen <input type="checkbox"/> < 5000 / <input type="checkbox"/> > 5000
Lid WDTM	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

### Rol(len)

Fabrikant / Leverancier	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> N.v.t.	
Aanbieder	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> N.v.t.	
Installateur	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> N.v.t.	
Zorgcentrale	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> N.v.t.	
Alarmopvolger	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> N.v.t.	
System Integrator	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> N.v.t.	<b>N.v.t. bij Toegang tot zorgwoningen</b>

### Planning

Welke periode heeft uw voorkeur dat de audit plaatsvindt?	
---	--

Stuur a.u.b. het formulier naar: [nl.quotescertification.fss@kiwa.com](mailto:nl.quotescertification.fss@kiwa.com)

Inclusief een recent uittreksel van de Kamer van Koophandel van de organisatie / bedrijf die erkend dient te worden.