

Toestemmingsformulier Mijn Hulpmiddelenwinkel

Uitwisseling persoonsgegevens en gebruikshistorie hulpmiddelen

Ik verleen hierbij toestemming voor het uitwisselen van mijn persoonsgegevens (NAW, BSN, verzekeringsnummer) en gebruikshistorie van hulpmiddelen.

Mijn gegevens:

Naam : _____

Adres : _____

Postcode : _____

Woonplaats : _____

Geboortedatum : _____

Telefoonnummer : _____

BSN (Sofinummer) : _____

Praktijkgegevens:

Naam huisarts : H.J. Glastra van Loon

Naam / Plaats praktijk : Apotheekhoudende Huisartsenpraktijk Anjum & Ee

Plaats : Anjum

Datum : _____

Handtekening : _____