



*Huisartspraktijk De Waard
Putstraat 18 a
9291 EL KOLLUM
Telefoon: 0511-45 24 70
Fax: 0511 – 45 10 56
AGB Praktijk 56421
AGB Zorgverlener 02347
www.praktijkdewaard.huisartsen.nl
e-mail: jdewaard@zonnet.nl*

INSCHRIJFFORMULIER Verklaring patiënt

Hierbij verklaar ik, dat ik sinds sta ingeschreven bij bovengenoemde huisartspraktijk. Verder verklaar ik, dat dit mijn vaste huisarts is.

Mijn gegevens:

Naam:M/V

Adres:

PC/Plaats:

Telefoonnummer(s)

Geboren:

Zorgverzekeraar:

verzekerde nummer

Mijn BSNnummer is:

Dit nummer is gelijk aan het SOFI nummer.

Handtekening:..... (evt. naam)

Plaats:.....Datum:.....

Bij minderjarigen dient de ouder/verzorger een handtekening te plaatsen