|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Extra huisartsen – bijlage bij de aanvraag van een tegemoetkoming voor een huisartsengroepering | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ZG/WEL-2020V1 |
|  | ///////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////// | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Afdeling Woonzorg en Eerste Lijn**  <http://www.zorg-en-gezondheid.be/financiële-ondersteuning-voor-huisartsen>  **Ondersteuning huisartsen**  p/a PMV/z-leningen  Oude Graanmarkt 63, 1000 BRUSSEL  **T** 02 229 52 30 ‒ [info@impulseo.vlaanderen](mailto:info@impulseo.vlaanderen) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | ****Waarvoor dient dit formulier?****  **Met dit formulier kunt u extra huisartsen toevoegen aan uw aanvraag van een tegemoetkoming voor een administratief bediende of medisch telesecretariaat voor de ondersteuning van een huisartsengroepering.**  ****Wie vult dit formulier in?****  **Dit formulier wordt ingevuld en ondertekend door de extra huisartsen van de huisartsengroepering die de tegemoetkoming wil ontvangen.**  **Als er meer dan twee extra huisartsen deel uitmaken van de huisartsengroepering, kopieer dit formulier dan voor de andere huisartsen, en pas de getallen ‘5’ en ‘6’ en de telwoorden ‘vijf’ en ‘zes’ telkens aan.**  ****Aan wie bezorgt u dit formulier?****  ***Bezorg de ondertekende aanvraag bij voorkeur ingescand per e-mail aan*** [***info@impulseo.vlaanderen***](mailto:info@impulseo.vlaanderen)***.***  U kunt de aanvraag ook met de post opsturen naar Ondersteuning huisartsen, op het adres dat bovenaan op dit formulier staat. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Gegevens van de extra huisartsen van de groepering | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Huisarts 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ****1**** | **Vul de gegevens van de vijfde huisarts in.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | voornaam | |  | | | | | | | | | | | | | | achternaam | | |  | |
|  | straat en nummer | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | postnummer en gemeente | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | telefoonnummer | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | e-mailadres | | (verplicht in te vullen – dit emailadres wordt gebruikt voor brieven en communicatie) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | rijksregisternummer | |  | | | | |  |  | | |  |  | | |  | | | | | |
|  | nationaliteit | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | RIZIV-nummer | |  | / |  | | | | | / |  | | | / |  | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | ondernemingsnummer |  | | | | . |  | | | . |  | | | | (verplicht) | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ****2**** | **Vul de gegevens van de installatieplaats van de vijfde huisarts in.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | straat en nummer | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | postnummer en gemeente | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ****3**** | **Vermeld de periode waarin de vijfde huisarts aan de huisartsengroepering heeft deelgenomen.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | aanvangsdatum | | dag | | |  | | | maand | | | |  | | | jaar | |  |  | | |
|  | einddatum | | dag | | |  | | | maand | | | |  | | | jaar | |  |  | | |
|  | Huisarts 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ****4**** | **Vul de gegevens van de zesde huisarts in.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | voornaam | |  | | | | | | | | | | | | | | achternaam | | |  | |
|  | straat en nummer | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | postnummer en gemeente | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | telefoonnummer | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | e-mailadres | | (verplicht in te vullen – dit emailadres wordt gebruikt voor brieven en communicatie) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | rijksregisternummer | |  | | | | |  |  | | |  |  | | |  | | | | | |
|  | nationaliteit | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | RIZIV-nummer | |  | / |  | | | | | / |  | | | / |  | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | ondernemingsnummer |  | | | | . |  | | | . |  | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ****5**** | **Vul de gegevens van de installatieplaats van de zesde** **huisarts in.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | straat en nummer | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | postnummer en gemeente | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ****6**** | **Vermeld de periode waarin de zesde huisarts aan de huisartsengroepering heeft deelgenomen.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | aanvangsdatum | | dag | | |  | | | maand | | | |  | | | jaar | |  |  | | |
|  | einddatum | | dag | | |  | | | maand | | | |  | | | jaar | |  |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ondertekening door de extra huisartsen van de groepering | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | **Laat dit formulier ondertekenen door de huisartsen van de groepering die in dit formulier vermeld worden.** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Ik bevestig dat alle gegevens in het formulier, waarvan dit formulier een bijlage is, naar waarheid zijn ingevuld.  Ik verbind me ertoe eventuele wijzigingen van de vermelde gegevens onmiddellijk aan [info@impulseo.vlaanderen](mailto:info@impulseo.vlaanderen) door te geven. | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **huisarts 5** |  | | | | | |  | **huisarts 6** |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | plaats |  | | | | | |  | plaats |  | | | | | | |
|  | datum | dag |  | maand |  | jaar |  |  | datum | dag |  | maand |  | jaar |  |  |
|  | handtekening | Gelezen en goedgekeurd, (handgeschreven) | | | | | |  | handtekening | Gelezen en goedgekeurd, (handgeschreven) | | | | | | |
|  | naam |  | | | | | |  | naam |  | | | | | | |