

Verklaring van lidmaatschap huisartsenkring

DEPARTEMENT
ZORG

<http://www.zorg-en-gezondheid.be/financiële-ondersteuning-voor-huisartsen>

Ondersteuning huisartsen

p/a PMV-Standaardleningen

Oude Graanmarkt 63, 1000 BRUSSEL

T 02 229 52 30 – praktijkondersteuning@pmv.eu

Waarvoor dient dit formulier?

Dit formulier dient als bijlage opgeladen te worden bij uw aanvraag voor een tegemoetkoming in loonkost of telesecretariaat, of bij uw aanvraag voor een renteloze lening.

Wie vult dit formulier in?

De verantwoordelijke van de huisartsenkring vult dit formulier in voor de huisarts die een financiële ondersteuning voor praktijkvoering aanvraagt.

Gegevens van de verantwoordelijke van de huisartsenkring

1. Vul de gegevens van de verantwoordelijke, en van de huisartsenkring in.

voornaam achternaam

hoedanigheid

nummer huisartsenkring

naam huisartsenkring

Gegevens van de huisarts die de tegemoetkoming of renteloze lening aanvraagt

2. Vul de voor- en achternaam van de deelnemende huisarts in.

voornaam achternaam

3. Vul hieronder het praktijkadres in.

Straat en huisnummer:

Postcode en gemeente:

Ondertekening door de verantwoordelijke van de huisartsenkring

4. Ik bevestig dat alle gegevens in dit formulier naar waarheid zijn ingevuld en dat de huisarts die de renteloze lening of financiële tegemoetkoming aanvraagt, is toegetreden tot de huisartsenkring, vermeld in artikel 2, van het besluit van de Vlaamse Regering van 26 juni 2015 betreffende de huisartsenkringen, die de huisartsenzone waar de praktijk ligt, als werkgebied heeft. Ik bevestig dat de aanvragende huisarts effectief praktijk voert binnen het werkingsgebied van bovenvermelde huisartsenkring.

plaats

datum dag maand jaar

handtekening