

Verklaring van deelname aan de medische permanentie

ZORG/ELGZ-2024

DEPARTEMENT
ZORG

Afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde 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 renteloze lening of tegemoetkoming in de kosten voor een telesecretariaat.

Wie vult dit formulier in?

De verantwoordelijke van de wachtdienst vult dit formulier in voor de huisarts die een renteloze lening of financiële tegemoetkoming vraagt voor de opstart of ondersteuning van een huisartsenpraktijk.

Gegevens van de verantwoordelijke van de wachtdienst

1. Vul de gegevens van de verantwoordelijke van de wachtdienst in.

voornaam

achternaam

hoedanigheid

Gegevens van de huisarts die de tegemoetkoming of renteloze lening aanvraagt

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

voornaam

achternaam

Bevestiging inschrijving en installatieadres

3. Vul hieronder de datum in waarop de deelnemende huisarts voor de eerste keer is ingeschreven op de lijst van de wachtdienstdoende huisartsen.

dag

maand

jaar

4. Vul hieronder het installatieadres in.

Straat + huisnummer:

Postcode + gemeente:

Ondertekening door de verantwoordelijke van de wachtdienst

5. Ik bevestig dat alle gegevens in dit formulier naar waarheid zijn ingevuld.

plaats

datum

dag

maand

jaar

handtekening