

**Agentschap Vlaamse Sociale Bescherming**

Koning Albert II-laan 35 bus 37

1030 BRUSSEL

**T** 02 553 46 90

E vsb.revalidatievoorzieningen@vlaanderen.be

www.departementzorg.be

www.vlaamsesocialebescherming.be

|  |  |
| --- | --- |
|  | Kennisgeving\* gemeenschappelijke zending facturatie voor meerdere revalidatieovereenkomsten |

\*Alleen van toepassing voor facturatie van meerdere voorzieningen binnen dezelfde sector

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Gegevens van de facturerende voorziening | |
|  | | |
|  | | |
|  | naam van de voorziening |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | HCO nummer |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Gegevens van de voorzieningen waarvoor zal gefactureerd worden |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Naam van de voorziening** | **HCO nummer** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | |
|  | Ondertekening door verantwoordelijke van de revalidatievoorziening | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | Ik ondergetekende, directeur/verantwoordelijke van de revalidatievoorziening zoals vermeld in punt A, verklaar dat de facturen van de revalidatievoorzieningen vermeld in punt B, via een gemeenschappelijke zending worden verstuurd naar VSB met het HCO nummer van de facturerende revalidatievoorziening zoals vermeld in punt A.  Ik bevestig op eer dat alle betrokken voorzieningen op de hoogte zijn en akkoord gaan met deze werkwijze. | | | | | | | |
|  | datum | dag |  | maand |  | jaar |  |  |
|  | handtekening |  | | | | | | |
|  | voor- en achternaam |  | | | | | | |