|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Verklaring van lidmaatschap van een huisartsenkring | ELGEZ-250108 |
|  | ////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////// |
|  | **Afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg****Ondersteuning huisartsen**p/a PMV-StandaardleningenOude Graanmarkt 63, 1000 BRUSSEL**T** 02 229 52 30praktijkondersteuning@pmv.eu |
|  | ****Waarvoor dient dit formulier?*******U voegt dit formulier bij uw aanvraag van een tegemoetkoming in loonkosten of telesecretariaat, of bij uw aanvraag van een renteloze lening.*** ****Wie vult dit formulier in?****De voorzitter van de huisartsenkring vult dit formulier in voor de huisarts die een financiële ondersteuning voor praktijkvoering aanvraagt. |
|  |
|  | Gegevens van de huisartsenkring en van de voorzitter |
|  |
| 1 | Vul de gegevens van de huisartsenkring in. |
|  | naam |       |
|  | nummer |       |
|  |
| 2 | Vul de gegevens van de voorzitter in. |
|  | voor- en achternaam |       |
|  |
|  | Gegevens van de huisarts die de tegemoetkoming of renteloze lening aanvraagt |
|  |
| 3 | Vul de voor- en achternaam van de deelnemende huisarts in. |
|  |       |
|  |
| 4 | Vul het praktijkadres in. |
|  | straat en nummer |       |
|  | postnummer en gemeente |       |
|  |
|  | Ondertekening door de voorzitter van de huisartsenkring |
|  |
| 5 | Vul de onderstaande verklaring in.  |
|  | Ik bevestig dat alle gegevens in dit formulier naar waarheid zijn ingevuld. |
|  | datum | dag |    | maand |    | jaar |      |  |
|  | handtekening |       |
|  | voor- en achternaam |       |