|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Overzicht van de gevolgde opleidingen tot huisarts, praktijkondersteuner of praktijkverpleegkundige | 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 de aanvraag van een tegemoetkoming in een deel van de loonkosten voor een praktijkondersteuner en/of praktijkverpleegkundige.** *Aan wie bezorgt u dit formulier?*Voeg de ondertekende versie van dit formulier als bijlage bij de digitale aanvraag van een tegemoetkoming **in een deel van de loonkosten voor een praktijkondersteuner en/of praktijkverpleegkundige** op <https://online.pmvz.eu/?domain=ha>. |
|  |
|  | Gegevens van de huisartsenpraktijk |
|  |
|  | naam |       |
|  | e-mailadres |       |
|  |
|  | Gevolgde opleidingen door de huisarts, praktijkondersteuner of praktijkverpleegkundige |
|  |
|  | opleiding |  | persoon die de opleiding gevolgd heeft |
|  | **datum** |  | **naam** |  | **organisator** |  | **duur** |  | **voor- en achternaam** |  | **functie** |
|  |       |  |       |  |       |  |       |  |       |  | [ ]  | arts | [ ]  | bediende |
|  |       |  |       |  |       |  |       |  |       |  | [ ]  | arts | [ ]  | bediende |
|  |       |  |       |  |       |  |       |  |       |  | [ ]  | arts | [ ]  | bediende |
|  |       |  |       |  |       |  |       |  |       |  | [ ]  | arts | [ ]  | bediende |
|  |       |  |       |  |       |  |       |  |       |  | [ ]  | arts | [ ]  | bediende |
|  |       |  |       |  |       |  |       |  |       |  | [ ]  | arts | [ ]  | bediende |
|  |       |  |       |  |       |  |       |  |       |  | [ ]  | arts | [ ]  | bediende |
|  |       |  |       |  |       |  |       |  |       |  | [ ]  | arts | [ ]  | bediende |
|  |       |  |       |  |       |  |       |  |       |  | [ ]  | arts | [ ]  | bediende |
|  |       |  |       |  |       |  |       |  |       |  | [ ]  | arts | [ ]  | bediende |
|  |       |  |       |  |       |  |       |  |       |  | [ ]  | arts | [ ]  | bediende |
|  |       |  |       |  |       |  |       |  |       |  | [ ]  | arts | [ ]  | bediende |
|  |       |  |       |  |       |  |       |  |       |  | [ ]  | arts | [ ]  | bediende |
|  |       |  |       |  |       |  |       |  |       |  | [ ]  | arts | [ ]  | bediende |
|  |       |  |       |  |       |  |       |  |       |  | [ ]  | arts | [ ]  | bediende |
|  |       |  |       |  |       |  |       |  |       |  | [ ]  | arts | [ ]  | bediende |
|  |       |  |       |  |       |  |       |  |       |  | [ ]  | arts | [ ]  | bediende |
|  |       |  |       |  |       |  |       |  |       |  | [ ]  | arts | [ ]  | bediende |
|  |       |  |       |  |       |  |       |  |       |  | [ ]  | arts | [ ]  | bediende |
|  |       |  |       |  |       |  |       |  |       |  | [ ]  | arts | [ ]  | bediende |
|  |
|  | Ondertekening door de verantwoordelijke van de huisartsenpraktijk |
|  |
|  | Ik bevestig dat alle gegevens in dit formulier naar waarheid zijn ingevuld. Ik verbind me ertoe eventuele wijzigingen van de vermelde gegevens onmiddellijk door te geven aan het Departement Zorg.  |
|  | datum | dag |    | maand |    | jaar |      |  |
|  | handtekening |       |
|  | voor- en achternaam |       |