|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Overzicht van de gevolgde opleidingen tot huisarts, praktijkondersteuner of praktijkverpleegkundige | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ELGEZ-250108 | | |
|  | ///////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////// | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg**  **Ondersteuning huisartsen**  p/a PMV-Standaardleningen  Oude Graanmarkt 63, 1000 BRUSSEL  **T** 02 229 52 30  [praktijkondersteuning@pmv.eu](mailto:praktijkondersteuning@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 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |