|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Verklaring van deelname aan de medische permanentie | 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 renteloze lening voor of een tegemoetkoming in de kosten van 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. |
|  | voor- en achternaam |       |
|  | hoedanigheid |       |
|  |
|  | Gegevens van de huisarts die de tegemoetkoming of renteloze lening aanvraagt |
|  |
| 2 | Vul de voor- en achternaam van de deelnemende huisarts in. |
|  |       |
|  |
|  | Bevestiging van de inschrijving en het installatieadres |
|  |
| 3 | Vul 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 het installatieadres in. |
|  | straat en nummer |       |
|  | postnummer en gemeente |       |
|  |
|  | Ondertekening door de verantwoordelijke van de wachtdienst |
|  |
| 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 |       |