|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | Verklaring van deelname aan de medische permanentie | | | | | | | | | | | | | | 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 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 | | | | |  | | | | | | | | | | |