

**Agentschap Vlaamse Sociale Bescherming**

Koning Albert II-laan 35 bus 37

1030 BRUSSEL

**T** 02 553 46 90

E vsb.rolstoeladviesteams@vlaanderen.be

www.departementzorg.be

www.vlaamsesocialebescherming.be

|  |  |
| --- | --- |
|  | Kennisgeving\* gemeenschappelijke zending facturatie voor meerdere rolstoeladviesteams |

 \*Alleen van toepassing voor facturatie van meerdere rolstoeladviesteams binnen dezelfde sector (7.90)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Gegevens van het facturerende rolstoeladviesteam |
|  |
|  |
|  | naam van het rolstoeladviesteam |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | HCO nummer |       |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Gegevens van het rolstoeladviesteam waarvoor zal gefactureerd worden |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Naam van het rolstoeladviesteam** | **HCO nummer** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
|  |
|  | Ondertekening door verantwoordelijke van het rolstoeladviesteam |
|  |
|  | Ik ondergetekende, directeur/verantwoordelijke van het rolstoeladviesteam zoals vermeld in punt A, verklaar dat de facturen van het rolstoeladviesteam vermeld in punt B, via een gemeenschappelijke zending worden verstuurd naar VSB met het HCO nummer van het facturerende rolstoeladviesteam zoals vermeld in punt A.Ik bevestig op eer dat alle betrokken rolstoeladviesteams op de hoogte zijn en akkoord gaan met deze werkwijze.  |
|  | datum | dag |    | maand |    | jaar |      |  |
|  | handtekening |       |
|  | voor- en achternaam |       |