

Inschrijfformulier

Door de Patiënt in te vullen:

	Naam en voornamen	Geboortedatum	BSN	WID * + Nr	Zorgverzekeraar	Polisnummer
1						

ADRES:

POSTCODE:

WOONPLAATS:

TELEFOONNUMMER:

Inwonende gezinsleden:

	Naam	Geboortedatum	BSN	WID* + Nr	Zorgverzekeraar	Polisnummer
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						

Verklaart dat Huisartsenpraktijk van der Sluis - Lentelink te St.Nicolaasga zijn/haar vaste huisartsenpraktijk is.

Datum:

Handtekening:

Adres: De Oergong 4 8521 GA St.Nicolaasga

Fax: 0513 432857

E-mail: assistente@vandersluis-lentelink.nl

(het formulier is ook te downloaden via onze practijksite: www.vandersluis-lentelink.nl)

* alleen voor personen ouder dan 14 jaar nummer invullen van het WID

WID = Wettelijk Identificatie Document (Rijbewijs/Paspoort/Identiteitskaart)