

Attest voor de kosten van een administratief bediende

ZG/WEL-2021v1

AGENTSCHAP ZORG & GEZONDHEID

Afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg

<http://www.zorg-en-gezondheid.be/financiële-ondersteuning-voor-huisartsen>

Ondersteuning huisartsen

p/a PMV/z- leningen

Oude Graanmarkt 63, 1000 BRUSSEL

T 02 229 52 30 – info@impulseo.vlaanderen

Waarvoor dient dit formulier?

Dit formulier dient ter ondersteuning van uw aanvraag voor het verkrijgen van een tegemoetkoming in een deel van de loonkosten voor een administratief bediende die de huisartsen ondersteunt bij het onthaal en het praktijkbeheer.

Wie vult dit formulier in?

Dit formulier wordt ingevuld door de werkgever van de administratief bediende.

Aan wie bezorgt u dit formulier?

Bezorg het ondertekende attest samen met de bijlagen aan info@impulseo.vlaanderen of aan het betrokken steunpunt als het steunpunt de aanvraag voor u indient.

U kunt de aanvraag ook met de post opsturen naar Ondersteuning huisartsen, op het adres dat bovenaan op dit formulier staat of naar het betrokken steunpunt als het steunpunt de aanvraag voor u indient.

Gegevens van de werkgever

1 **Kruis hieronder aan of de administratief bediende in opdracht werkt van een individuele huisarts of een groepspraktijk.**

een individuele arts. Ga naar vraag 2.

een groepspraktijk. Ga naar vraag 3.

Gegevens van de huisarts

2 **Vul de voor- en achternaam van de huisarts in.**

Ga daarna naar vraag 5.

voornaam

achternaam

Gegevens van de groepspraktijk

3 **Vul de naam van de groepspraktijk in.**

.....

4 **Vul de voor- en achternaam van de contactpersoon in.**

voornaam

achternaam

Gegevens van de administratief bediende

5 **Vul de voor- en achternaam van de administratief bediende in.**

voornaam

achternaam

6 **Vul de begin- en einddatum van de tewerkstelling in.**

begindatum dag maand jaar

einddatum dag maand jaar

7 Vul de bedragen in de onderstaande tabel in.

De kosten voor maaltijdcheques of administratiekosten worden op dit attest vermeld of op het attest van het sociaal secretariaat, maar niet in beide attesten.

premie ongevallenverzekering	euro	
premie externe dienst voor preventie en bescherming op het werk	euro	
andere kosten, vb. maaltijdcheques	euro	
tussenkostst overheid -	euro	
<hr/>		
totaal	euro	som (eerste drie rubrieken) min het bedrag tussenkostst overheid

Ondertekening

8 Laat dit formulier ondertekenen door alle huisartsen indien het een feitelijke vereniging betreft, of laat dit formulier ondertekenen door de wettelijke vertegenwoordiger(s) van de rechtspersoon indien alle huisartsen deel uitmaken van dezelfde rechtspersoon

Als er meer dan vier huisartsen deel uitmaken van de groepering, kunnen de overige huisartsen onderaan op dit formulier hun handtekening en naam zetten, voorafgegaan door de plaats en datum van ondertekening.

Ik bevestig dat alle gegevens in dit formulier naar waarheid zijn ingevuld. Ik bevestig dat de administratief bediende tewerkgesteld is met een arbeidsovereenkomst dat een loon garandeert dat ten minste in overeenstemming is met het paritair comité 3300099, punt 1.2.1. administratief personeel, categorie 2; of met paritair comité 3300006 indien de bediende tewerkgesteld is in een medisch huis. Ik verbind me ertoe eventuele wijzigingen van de vermelde gegevens onmiddellijk aan info@impulseo.vlaanderen door te geven.

<hr/> huisarts 1 <hr/>	<hr/> huisarts 2 <hr/>
plaats	plaats
datum dag maand jaar	datum dag maand jaar
handtekening Gelezen en goedgekeurd, (handgeschreven)	handtekening Gelezen en goedgekeurd, (handgeschreven)
.....
naam	naam
<hr/> huisarts 3 <hr/>	<hr/> huisarts 4 <hr/>
plaats	plaats
datum dag maand jaar	datum dag maand jaar
handtekening Gelezen en goedgekeurd, (handgeschreven)	handtekening Gelezen en goedgekeurd, (handgeschreven)
.....
naam	naam