

Verklaring van deelname aan een huisartsenwachtdienst

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?

Met dit formulier kunt u een financiële tegemoetkoming aanvragen voor de opstart of ondersteuning van een huisartsenpraktijk.

Wie vult dit formulier in?

De verantwoordelijke van de wachtdienst vult dit formulier in voor de huisarts die een financiële tegemoetkoming vraagt voor de opstart of ondersteuning van een huisartsenpraktijk.

Aan wie bezorgt u dit formulier?

Bezorg de ondertekende aanvraag, samen met de bijbehorende bewijsstukken, bij voorkeur ingescand per e-mail aan info@impulseo.vlaanderen of aan het betrokken steunpunt als het steunpunt de aanvraag voor u indient.

Gegevens van de verantwoordelijke van de wachtdienst

1 Vul de gegevens van de verantwoordelijke van de wachtdienst in.

voornaam achternaam

hoedanigheid

te

Gegevens van de huisarts die de renteloze lening of de premie aanvraagt

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

voornaam achternaam

Bevestiging inschrijving en installatieadres

3 Vul hieronder de datum waarin de huisarts zich voor de eerste keer installeerde als volledig erkend huisarts (dus niet als HIAO).

dag maand jaar

4 Vul hieronder de datum in waarop de deelnemende huisarts voor de eerste keer is ingeschreven op de lijst van de wachtdienstdoende huisartsen.

dag maand jaar

5 Vul hieronder het installatieadres in.

Adres:

Woonplaats:

Ondertekening door de verantwoordelijke van de wachtdienst

4 Vul de onderstaande verklaring in.

Ik bevestig dat alle gegevens in dit formulier naar waarheid zijn ingevuld.

Druk hiernaast uw stempel af.

plaats

datum dag maand jaar

handtekening

