**Dokterspraktijk Clinge**

**M.C. Vedral, huisarts**

**Kon Julianastraat 41a**

**4567 CA Clinge**

**VERKLARING VAN INSCHRIJVING BIJ HUISARTS**

Ondergetekende

Naam………………………………………………………………………………………..

Adres………………………………………………………………………………………..

Postcode……………………………………………………………………………………

Woonplaats ………………………………………………………………………………

Geboortedatum………………………………………………………………………….

Telefoonnummer………………………………………………………………………..

Zorgverzekeraar…………………………………………………………………………

Verzekerde nummer……………………………………………………………………

Verklaart hierbij dat hij/zij per ……………………….. als patiënt staat ingeschreven bij:

Dokterspraktijk Clinge **Indentificatie: (in vullen door ass)**

Dr M.C. Vedral, huisarts Paspoortnr…………………………………

Kon. Julianastraat 41a Rijbewijsnr………………………………..

4567 CA Clinge Inditeitskaartnr…………………………..

Vreemdelingen doc…………………….

Plaats………………… Datum…………………………….

Handtekening………………………………………………..

Overige gezinsleden

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Naam | Geboortedatum | m/v | Zorgverzekering | Verzekerde nummer |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |