

INSCHRIJFFORMULIER DOKTER DIDDEN

DOKTER DIDDEN, huisartsenpraktijk

Randstad 2120

1314 BM Almere

tel.: 036 – 534 1414

fax: 036 – 534 2514

AGB-code praktijk: 01058317

code Medicom: TE

Ondergetekende verklaart dat hij/zij zich per-.....-..... inschrijft in bovengenoemde praktijk.

Naam:

Geboortedatum

Straat:

Postcode

Tel.nr. thuis:

Tel.nr. mobiel:

E-mail:

Mijn mailadres mag wel/niet opgenomen worden in de maillijst van Dokter Didden huisartsenpraktijk.

BSN:

Ziektekostenverzekeraar:

nummer:

Legitimatiebewijs (paspoort/rijbewijs/ID):

nummer:

Naam en adres vorige huisarts:

Ondergetekende verleent ook toestemming aan Dokter Didden huisartsenpraktijk voor het opvragen van medische gegevens bij de vorige huisarts en voor het uitwisselen van medische gegevens met medische specialisten en/of de Spoedpost Almere.

Datum en plaats:

Handtekening: