

Huisartsenpraktijk Saendelft  
**M. Koster, huisarts**  
**D. Eeken, huisarts**  
**G. Kiekebos, huisarts**  
 Kaaikhof 69  
 1567 JP Assendelft

Tel.: (075) 6501430  
 www.gc-saendelft.nl

## **Inschrijfformulier**

Graag ontvangen wij de persoonlijke gegevens van u en (eventuele) gezinsleden.

Ook willen wij u erop attent maken dat u zich dient uit te schrijven bij uw vorige huisarts en uw medische gegevens (plus die van eventuele gezinsleden) overdraagt naar de nieuwe praktijk.

Bij het inleveren van het inschrijfformulier vragen wij u om een **kopie identificatiebewijs (paspoort of rijbewijs) van alle gezinsleden. In ieder geval moet uw BSN-nummer duidelijk zichtbaar zijn.**

Wij zijn verplicht dit te doen i.v.m. de Wet Identificatie Dienstverlening (WID).

Het formulier dient met handtekening ingeleverd te worden (per post of afgeven tussen 8.00-12.00).

### **Gegevens per gezinslid:**

Achternaam	Voornaam	M/V	Geboorte datum	BSN nummer	Zorgverzekering en Polisnummer

### **Algemene gegevens:**

Adres	
Postcode	
Woonplaats	
Telefoonnummer	
Mobiele telefoonnummers naam:	
naam:	
E-mail adres naam:	
naam:	
Apotheek	Saendelft: of Kaaikhof: Elders:
Naam en plaats vorige huisarts	

### **Verklaring Inschrijving:**

Achternaam..... Voorletters.....  
 tevens vertegenwoordiger van eventueel bovengenoemde gezinsleden verklaart dat  
 Huisartsenpraktijk Saendelft, M. Koster te Assendelft per .....(datum)  
 de vaste huisartsenpraktijk is.

Datum..... Handtekening.....(door te ondertekenen en u  
 gekozen heeft voor apotheek Saendelft, gaat u akkoord dat wij uw gegevens zullen overhandigen aan  
 deze apotheek, waarna uw gegevens zullen worden vernietigd).