

Datum	Uren van het dagelijks bezoek		Aantal halfuurpretaties	Aantal consultaties			Bedrag erelonen
	begin	einde		dag	nacht	weekend	
Overdracht:							
Totaal bedrag:							

<p>Oprecht en echt verklaard voor de som van (1)</p> <p>Te..... De <input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value="2"/><input type="text" value="0"/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/></p> <p>Handtekening geneesheer</p> <p><small>(1) voluit geschreven</small></p> <p>Datum: <input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/></p> <p>Nagezien en juist bevonden</p> <p style="text-align: center;">(handtekening verificateur)</p>	<p>Gezien voor uitvoering van de prestatie</p> <p>Te..... De <input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value="2"/><input type="text" value="0"/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/></p> <p>Handtekening hoofdgeneesheer</p> <p>Datum: <input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/></p> <p style="text-align: center;">904/ GOED VOOR BETALING voor de som van</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">(handtekening Directeur DSDM)</p>
--	--

Het formulier **F-097...**

↪ maakt u in: **2** exemplaren (1 origineel en 1 kopie)

↪ stuurt u naar: **DGS/DSDM**

(volledig ingevuld en getekend door uzelf en uw hoofdgeneesheer)