**INSCHRIJFFORMULIER HUISARTSENPRAKTIJK TEN KATE**

**Volledig invullen en bij de balie afgeven samen met het formulier over uw vorige huisarts en een kopie (of mail met foto naar assistentetenkate@ezorg.nl) van uw legitimatiebewijs (iedereen op dit formulier).**

Wij kunnen uw inschrijving alleen verwerken wanneer u alles heeft ingevuld en bijgevoegd.

Met het inleveren van dit formulier wordt u ingeschreven bij huisartsenpraktijk ten Kate en gaat u akkoord met de werkwijze van de praktijk.

*www.huisartsenpraktijktenkate.nl*

|  |  |
| --- | --- |
| **Bewoner 1** | Ik ga akkoord dat de praktijk mijn gegevens verwerkt volgens omschrijving in de privacyverklaring, te vinden op de website van de praktijk.  ⁯ JA ⁯ NEE Handtekening: |
| Voorletters+voornaam | **M/V** |
| Achternaam |  |
| Adres+postcode+woonplaats |  |
| Telefoonnummer(s) |  |
| E-mailadres |  |
| Geboortedatum + BSN |  |
| Zorgverzekeraar+polisnummer |  |
| Beroep + Land van herkomst |  |
| Apotheek |  |
|  |  |
| **Bewoner 2** | Ik ga akkoord dat de praktijk mijn gegevens verwerkt volgens omschrijving in de privacyverklaring, te vinden op de website van de praktijk.  ⁯ JA ⁯ NEE Handtekening: |
| Voorletters+voornaam | **M/V** |
| Achternaam |  |
| Adres+postcode+woonplaats |  |
| Telefoonnummer(s) |  |
| E-mailadres |  |
| Geboortedatum + BSN |  |
| Zorgverzekeraar+polisummer |  |
| Beroep + Land van herkomst |  |
| Apotheek |  |
|  |  |
| **Bewoner 3** | Ik ga akkoord dat de praktijk mijn gegevens verwerkt volgens omschrijving in de privacyverklaring, te vinden op de website van de praktijk.  ⁯ JA ⁯ NEE Handtekening: |
| Voorletters+voornaam | **M/V** |
| Achternaam |  |
| Adres+postcode+woonplaats |  |
| Telefoonnummer(s) |  |
| E-mailadres |  |
| Geboortedatum + BSN |  |
| Zorgverzekeraar+polisnummer |  |
| Beroep + Land van herkomst |  |
| Apotheek |  |

Z.O.Z.

|  |  |
| --- | --- |
| **Bewoner 4** | Ik ga akkoord dat de praktijk mijn gegevens verwerkt volgens omschrijving in de privacyverklaring, te vinden op de website van de praktijk.  ⁯ JA ⁯ NEE Handtekening: |
| Voorletters+voornaam | **M/V** |
| Achternaam |  |
| Adres+postcode+woonplaats |  |
| Telefoonnummer(s) |  |
| E-mailadres |  |
| Geboortedatum + BSN |  |
| Zorgverzekeraar+polisnummer |  |
| Beroep + Land van herkomst |  |
| Apotheek |  |
|  |  |
| **Bewoner 5** | Ik ga akkoord dat de praktijk mijn gegevens verwerkt volgens omschrijving in de privacyverklaring, te vinden op de website van de praktijk.  ⁯ JA ⁯ NEE Handtekening: |
| Voorletters+voornaam | **M**/**V** |
| Achternaam |  |
| Adres+postcode+woonplaats |  |
| Telefoonnummer(s) |  |
| E-mailadres |  |
| Geboortedatum + BSN |  |
| Zorgverzekeraar+polisnummer |  |
| Beroep + Land van herkomst |  |
| Apotheek |  |

**Z.O.Z.**