|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Verklaring van deelname aan een huisartsenwachtdienst | ZG/WEL-2021v1 |
|  | ///////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////// |
|  | **Afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg**[http://www.zorg-en-gezondheid.be/financiële-ondersteuning-voor-huisartsen](http://www.zorg-en-gezondheid.be/financi%C3%ABle-ondersteuning-voor-huisartsen)**Ondersteuning huisartsen**p/a PMV/z-leningenOude Graanmarkt 63, 1000 BRUSSEL**T** 02 229 52 30 ‒ info@impulseo.vlaanderen |
|  | ****Waarvoor dient dit formulier?******Met dit formulier kunt u een financiële tegemoetkoming aanvragen voor de opstart of ondersteuning van een huisartsenpraktijk.******Wie vult dit formulier in?****De verantwoordelijke van de wachtdienst vult dit formulier in voor de huisarts die een financiële tegemoetkoming vraagt voor de opstart of ondersteuning van een huisartsenpraktijk.****Aan wie bezorgt u dit formulier?*******Bezorg de ondertekende aanvraag, samen met de bijbehorende bewijsstukken, bij voorkeur ingescand per e-mail aan annemie.verwilt@domusmedica.be.*** |
|  |
|  | Gegevens van de verantwoordelijke van de wachtdienst |
|  |
| ****1**** | **Vul de gegevens van de verantwoordelijke van de wachtdienst in.** |
|  | voornaam |       | achternaam |       |
|  | hoedanigheid |       |
|  | te |       |
|  |
|  | Gegevens van de huisarts die de renteloze lening of de premie aanvraagt |
|  |
| ****2**** | **Vul de voor- en achternaam van de deelnemende huisarts in.** |
|  | voornaam |       | achternaam |       |
|  | Bevestiging inschrijving en installatieadres |
|  |
| ****3**** | **Vul hieronder de datum waarin de huisarts zich voor de eerste keer installeerde als volledig erkend huisarts (dus niet als HIAO).** |
|  | dag |    | maand |    | jaar |      |  |
| ****4**** | **Vul hieronder de datum in waarop de deelnemende huisarts voor de eerste keer is ingeschreven op de lijst van de wachtdienstdoende huisartsen.** |
|  | dag |    | maand |    | jaar |      |  |
| ****5**** | **Vul hieronder het installatieadres in.** |
|  | **Adres:**    |
|  | **Woonplaats:**    |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Ondertekening door de verantwoordelijke van de wachtdienst |
|  |
| 4 | **Vul de onderstaande verklaring in.** |
|  | Ik bevestig dat alle gegevens in dit formulier naar waarheid zijn ingevuld. |
|  |
|  | Druk hiernaast uw stempel af. |  |
|  | plaats |  |  |
|  | datum | dag |    | maand |    | jaar |      |  |
|  | handtekening |       |  |