|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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>  **Ondersteuning huisartsen**  p/a PMV/z-leningen  Oude Graanmarkt 63, 1000 BRUSSEL  **T** 02 229 52 30 ‒ [info@impulseo.vlaanderen](mailto: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 |  | | | | | | |  | |