



Contactpersoon verklaring:

Hierbij geef ik

Naam:

Geboorte datum:

Adres:

Postcode:

Woonplaats:

Toestemming aan:

Naam:

Adres:

Postcode:

Woonplaats:

Telefoonnummer:

Om medische gegevens uit te wisselen. Ik ga akkoord dat hij/zij mag bellen voor uitslagen en afspraken mag maken. Tevens verleen ik toestemming dat hij/zij vragen mag stellen over mijn medische situatie.

Datum:.....Handtekening:.....