

MachtigingsFormulier

Wilt u dit formulier in blokletters met blauwe of zwarte pen invullen? Met dit formulier kunt u iemand machtigen tot het opvragen en/of wijzigen van uw gegevens. Zonder deze machtiging kan iemand anders dan uzelf niet telefonisch geholpen worden met vragen over uw behandeling of uw nota's. Om deze machtiging vast te kunnen leggen is het belangrijk dat u alle gegevens hieronder vult. Onvolledig gevulde formulieren nemen wij niet in behandeling.

1. Mijn gegevens

Voorletter(s) Tussenvoegsel Achternaam

Geboortedatum - - Man Vrouw

Straatnaam Huisnummer Toevoeging

Postcode Woonplaats

Telefoonnummer

2. Ik machtig

Voorletter(s) Tussenvoegsel Achternaam

Geboortedatum - - Man Vrouw

Straatnaam Huisnummer Toevoeging

Postcode Woonplaats

Telefoonnummer

E-mailadres

Relatie tot cliënt

- Tot het opvragen en/of wijzigen van mijn **medische** en **persoonlijke** gegevens.
- Tot het opvragen en/of wijzigen van mijn **financiële** gegevens.

LET OP:

Als u geen keuze maakt, is de machtiging voor het opvragen en/of wijzigen van alle gegevens

3. Duur van de machtiging

De periode van de machtiging is: (Let op, de geldigheid van de machtiging is maximaal 3 jaar)

Begindatum - -

Einddatum - -

4. Ondertekening

Zonder handtekeningen van beide personen (cliënt en gemachtigde) is dit formulier niet geldig.

Datum - -

Handtekening
cliënt

Handtekening
gemachtigde

Mail het volledig ingevulde formulier naar breda@medinova.com. Of stuur het in een envelop naar: Medinova Kliniek, Takkebijsters 5a, 4817 BL Breda.