|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Verklaring van deelname aan de medische permanentie | ZORG/ELGZ-2024 |
|  | ///////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////// | |
|  | **Afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg**  <http://www.zorg-en-gezondheid.be/financiële-ondersteuning-voor-huisartsen>  **Ondersteuning huisartsen**  p/a PMV-Standaardleningen  Oude Graanmarkt 63, 1000 BRUSSEL  **T** 02 229 52 30 ‒ [praktijkondersteuning@pmv.eu](mailto:praktijkondersteuning@pmv.eu) | |
|  | ****Waarvoor dient dit formulier?****  ***Dit formulier dient als bijlage opgeladen te worden bij uw aanvraag voor een renteloze lening of tegemoetkoming in***  ***de kosten voor een telesecretariaat.***  ****Wie vult dit formulier in?****  De verantwoordelijke van de wachtdienst vult dit formulier in voor de huisarts die een renteloze lening of financiële tegemoetkoming vraagt voor de opstart of ondersteuning van een huisartsenpraktijk.  ****Aan wie bezorgt u dit formulier?****  ***Bezorg dit ondertekende attest als bijlage bij de digitale aanvraag van de tegemoetkoming***  aan uw Steunpunt per post ASGB-Prins Boudewijnlaan 1 te 2550 Kontich of per mail [info@asgb.be](mailto:info@asgb.be) | |
|  | | |
|  | Gegevens van de verantwoordelijke van de wachtdienst | |

1. **Vul de gegevens van de verantwoordelijke van de wachtdienst in.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| voornaam | | |  | achternaam |  | |
| hoedanigheid | |  | | | | |
|  | Gegevens van de huisarts die de tegemoetkoming of renteloze lening aanvraagt | | | | | | |
| 1. **Vul de voor- en achternaam van de deelnemende huisarts in.**  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | voornaam |  | achternaam |  | | | | | | | | |
|  | Bevestiging inschrijving en installatieadres | | | | | | |
| 1. **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 |  | | 1. **Vul hieronder het installatieadres in.** | | | | | | | **Straat + huisnummer:** | | | | | | | **Postcode + gemeente:** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | Ondertekening door de verantwoordelijke van de wachtdienst | | | | | | |

1. Ik bevestig dat alle gegevens in dit formulier naar waarheid zijn ingevuld.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | plaats | |  | | | | | | |  |
|  | datum | dag | |  | maand |  | jaar |  |  | |
|  | handtekening |  | | | | | | |  | |