|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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](http://www.zorg-en-gezondheid.be/financi%C3%ABle-ondersteuning-voor-huisartsen)**Ondersteuning huisartsen**p/a PMV-StandaardleningenOude Graanmarkt 63, 1000 BRUSSEL**T** 02 229 52 30 ‒ 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 |
|  |
|  | 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 |       |  |