**Aanmeldformulier/wijzigingsformulier t.b.v. uitbetaling praktijkteam**

**‘Samenwerken in de wijk’**

**Naam wijk:**

**Naam kartrekker/contactpersoon:**

**Mailadres kartrekker/contactpersoon:**

**Telefoonnummer kartrekker/contactpersoon:**

**Aantal Inschrijvingen Op Naam verzekerden praktijkteam:**

*(peildatum 01-09 per kalenderjaar)*

Het ingevulde en ondertekende formulier kunt u mailen aan:

flevoland@medrie.nl of hardenberg@medrie.nl of zwolle@medrie.nl

**Deelnemende huisartsen aan het praktijkteam:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Naam huisartsenpraktijk(-en)** | **Vestigingsplaats** | **AGB code****praktijk** | **% verdeling betaling** | **IBAN rekening nummer** |
| **1** |  |  |  | **%** |  |
| **2** |  |  |  | **%** |  |
| **3** |  |  |  | **%** |  |
| **4** |  |  |  | **%** |  |

Naar bovenstaande huisartsen wordt een **‘**Samenwerkingsovereenkomst praktijkteam’ gestuurd door Medrie.

Dit aanmeldformulier vormt een bijlage bij de samenwerkingsovereenkomst. Na ondertekening en retournering van de overeenkomst, kan de financiering voor het praktijkteam starten.

**Ondertekening deelnemende huisartsen van het praktijkteam**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

de heer/mevrouw [naam invullen] de heer/mevrouw [naam invullen]

Huisartsenpraktijk [naam invullen] Huisartsenpraktijk [naam invullen]

Datum: Datum:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

de heer/mevrouw [naam invullen] de heer/mevrouw [naam invullen]

Huisartsenpraktijk: [naam invullen] Huisartsenpraktijk: [naam invullen]

Datum: Datum: