Ondertekeningsformulier bij aanvraag add-ongeneesmiddel / ozp-stollingsfactor

Met het onderhavige ‘Formulier aanvraag add-on geneesmiddel/ozp-stollingsfactor’ dienen de vertegenwoordigers van zorgaanbieders en zorgverzekeraars een aanvraag in voor vaststelling van een add-ongeneesmiddel en/of ozp-stollingsfactor.

De zorgverzekeraar en de zorgaanbieder verklaren met deze ondertekening het onderhavige aanvraagformulier volledig juist en naar waarheid te hebben ingevuld.

Datum:

Betreft consumentenartikel:

ZI-nummer:

Zorgaanbieder

Naam:

Datum:

Handtekening:

Zorgverzekeraar

Naam:

Datum:

Handtekening: