|  |  |
| --- | --- |
| **Naam wijk:**  | **Praktijkteam xx** |
| **Naam kartrekker/contactpersoon:**  | **xx** |
| **Mailadres kartrekker/contactpersoon:**  | **xx** |
| **Telefoonnummer kartrekker/contactpersoon:**  | **06-xx** |
| **Aantal Inschrijvingen Op Naam verzekerden praktijkteam:** (peildatum 01-09 per kalenderjaar)  | **xxxx** |

Het ingevulde en ondertekende formulier kunt u mailen aan: flevoland@medrie.nl / zwolle@medrie.nl / hardenberg@medrie.nl

**Deelnemende huisartsen aan het praktijkteam:**

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

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 De heer/mevrouw

Huisartsenpraktijk: Huisartsenpraktijk:

Datum: Datum:

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

De heer/mevrouw De heer/mevrouw

Huisartsenpraktijk: Huisartsenpraktijk:

Datum: Datum: