**Brievenbusovereenkomst**In deze brievenbusovereenkomst geeft u toestemming om uw medicijnen door de brievenbus te ontvangen. Zo voorkomen we dat medicijnen ongewenst terecht komen bij anderen zoals kinderen, huisgenoten of huisdieren.

Let op, wij mogen uw geneesmiddelen alleen afleveren door uw brievenbus als

* de brievenbus in uw voordeur zit;
* de brievenbus buitenshuis geplaatst is zodanig afsluitbaar is zodat derden geen toegang hebben;
* de producten niet koel bewaard hoeven te worden.

**Toestemming**

Ik geef toestemming aan Service Apotheek Oostermoer BV om mijn medicijnen door de brievenbus te bezorgen. Vanaf het moment dat de medicijnen zijn bezorgd neem ik de verantwoordelijkheid voor de medicijnen op mij. Tijdens de ondertekening ben ik 18 jaar of ouder. Indien er voor de geneesmiddelen (bij)betaald dient te worden, machtig ik de apotheek dit bedrag automatisch te incasseren. De nota ontvangt u bij voorkeur per e-mail. Vul hiervoor ook uw mobiele telefoon nummer in. Via e-mail (of sms) ontvangt u bericht op welke dag de bezorger komt.

Achternaam \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Voorletter(s) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geboortedatum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straat + huisnr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Postcode \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Woonplaats \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefoonnummer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bankrekeningnr (IBAN) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mailadres \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mobiele tel. Nr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Handtekening \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Instructie voor de medewerkers in de apotheek:
1) Typ intern nr.50217 bij de Patiëntgegevens en scan deze verklaring daarop in
2) zet in rubriek 15 van de bezorginformatie BBV
3) vul de Excel lijst met brievenbusverklaringen in en verwerk daar evt. bijzonderheden*