



Inschrijfformulier Medicijn Afhaal Automaat / Snelbalie

Toestemming landelijk schakel punt (LSP) (aanvinken indien akkoord)

- Landelijk schakelpunt opt in (<https://www.volgjezorg.nl/het-lsp>)

Mijn Gegevens

*Achternaam: _____ Voorletters: _____

Adres: _____ Postcode/Plaats: _____

*Email: _____ *Geboortedatum: _____

Heeft u kinderen tot 12 jaar dan kunt u dit formulier ook voor hen gebruiken. Kinderen vanaf 12 jaar moeten zelf een formulier invullen.

Gegevens Kinderen

*Voor- en Achternaam: _____ *Geboortedatum: _____

*Voor- en Achternaam: _____ *Geboortedatum: _____

*Voor- en Achternaam: _____ *Geboortedatum: _____

*Voor- en Achternaam: _____ *Geboortedatum: _____

Kiest voor gebruik van:

U kunt slechts kiezen voor **één** van de volgende locaties.

Uw voorkeur aankruisen.

- Snelbalie (u ontvangt een mail met code om uw medicatie af te halen)
- Medicijn Afhaal Automaat (Apotheek van der Veen, Paukenlaan 1 te Dongen)
- Medicijn Afhaal Automaat (in COOP supermarkt te 's Gravenmoer)
- NIEUW:** Medicijn AfhaalAutomaat (in nieuwe pand huisartsenpraktijk Kloosterpad, Kloosterpad 2)

*Automatische incasso:

Ondergetekende verleent hierbij tot wederopzegging machtiging aan de Dongense Apothekers Maatschap om van zijn/haar ondergenoemde bankrekening bedragen af te schrijven wegens levering van niet door de zorgverzekeraar te vergoeden Genees- en/of Hulpmiddelen.

Incassant ID van de Dongense Apothekers Maatschap: NL88ZZZ172785750000

Uw IBAN nummer (18 tekens): _____

Datum: _____ Handtekening: _____

*Deze rubrieken moeten voor deelname worden ingevuld.

U kunt het ingevulde formulier in de apotheek afgeven, opsturen of in de brievenbus deponeren aan Kloosterpad 13, 5104JT te Dongen of mailen naar info@apotheekracamy.nl of info@apotheekvanderveen.nl