

Machtiging inzage medische gegevens

Ondergetekende,

Naam:

Geboortedatum:

Adres:

Postcode:

Woonplaats:

Telefoonnummer:

verklaart hierbij toestemming te verlenen aan

Naam: Drs. D.M. Keesenberg / Drs. D. Postel
Instelling: Corpus Mentis, Centrum Fysiotherapie & Wetenschap
Adres: Herenstraat 39, 2313AE Leiden
Tel. nr.: 071-8891435

Datum:

Handtekening:

Plaats:

Bijlage 1 (1 van 1)

Soort legitimatie:

Nummer legitimatie: