

## KLACHTENFORMULIER

***Kader voorbehouden aan het ziekenfonds :***

Datum ontvangst : __/__/____	Beheerder :
Datum afsluiting : __/__/____	Nr : _____-____-____-____-__

**Betrokken lid :**

NAAM : _____	Voornaam : _____
Rijksregisternummer : _____-____-__	
Adres : _____ _____	
<b><u>Verplicht</u></b>	
Telefoonnr : ____/_____	@ : _____ @ _____.

**Informatie over de vertegenwoordiger (indien van toepassing) :**

NAAM : _____	Voornaam : _____
Rijksregisternummer : _____-____-__	Band : O Ouder – O Kind – O Andere (namelijk) _____
Adres : _____ Indien verschillend _____	
<b><u>Verplicht</u></b>	
Telefoonnr : ____/_____	@ : _____ @ _____.

