

Machtigingsformulier voor bezwaarprocedure Zorgkantoren Coöperatie VGZ

Met dit formulier geeft u iemand anders toestemming om namens u bezwaar aan te tekenen tegen een besluit van onze zorgkantoren. Daarnaast geeft u hiermee die andere persoon toestemming om met het zorgkantoor over het bezwaar te communiceren.

Uw gegevens (de gegevens van degene aan wie het besluit gericht is)

| | |
|---------------------------|----------------------|
| Voorletters en achternaam | <input type="text"/> |
| Burgerservicenummer | <input type="text"/> |
| Geboortedatum | <input type="text"/> |
| Straat en huisnummer | <input type="text"/> |
| Postcode en woonplaats | <input type="text"/> |
| Telefoonnummer | <input type="text"/> |
| Relatienummer | <input type="text"/> |

Gegevens gemachtigde (de gegevens van de persoon die u toestemming geeft om namens u bezwaar aan te tekenen)

| | |
|---------------------------|----------------------|
| Voorletters en achternaam | <input type="text"/> |
| Burgerservicenummer | <input type="text"/> |
| Geboortedatum | <input type="text"/> |
| Straat en huisnummer | <input type="text"/> |
| Postcode en woonplaats | <input type="text"/> |
| Telefoonnummer | <input type="text"/> |

Ondertekening

| | |
|--------------------------|----------------------|
| Datum | <input type="text"/> |
| Uw handtekening | <input type="text"/> |
| Handtekening gemachtigde | <input type="text"/> |

Stuur dit formulier, volledig ingevuld en ondertekend, naar Zorgkantoren Coöperatie VGZ, t.a.v. pgb afdeling, postbus 676, 5600 AR Eindhoven.