

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

Burgerservicenummer

Geboortedatum

Straat en huisnummer

Postcode en woonplaats

Telefoonnummer

Relatienummer

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

Voorletters en achternaam

Burgerservicenummer

Geboortedatum

Straat en huisnummer

Postcode en woonplaats

Telefoonnummer

Ondertekening

Datum ondertekening

Uw handtekening

Handtekening gemachtigde

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