***Verzamelstaat actie ‘Gesprek Therapietrouw’***

*Via dit model bezorgt u ons alle gegevens die wij nodig hebben voor de uitbetaling van uw factuur betreffende het ‘gesprek therapietrouw’. Gesprekken kunnen uitgevoerd worden t.e.m. 31/12/2022.*

*Ik voeg…………… inclusiestrookjes toe aangaande personen die een gesprek therapietrouw verkregen.*

*Naam en voornaam van de verstrekker \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*APB-nummer van de apotheek \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Referentienummer factuur \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*De betaling dient te gebeuren op rekeningnummer BE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

***Inventaris van de toegevoegde inclusiestrookjes:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***INSZ-nummer patiënt*** | ***Ziekenfonds patiënt*** | ***Datum gesprek therapietrouw*** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Datum*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Handtekening Stempel apotheek*