|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Gevolgde opleidingen huisarts/ praktijkondersteuner/praktijkverpleegkundige | ZORG/ELGZ-2024 |
|  | //////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////// | |

|  |  |
| --- | --- |
|  | <http://www.zorg-en-gezondheid.be/financiële-ondersteuning-voor-huisartsen>  **Ondersteuning huisartsen**  p/a PMV-Standaardleningen  Oude Graanmarkt 63, 1000 BRUSSEL  **T** 02 229 52 30 ‒ [praktijkondersteuning@pmv.eu](mailto:praktijkondersteuning@pmv.eu) |
|  | ****Waarvoor dient dit formulier?****  **Dit formulier dient ter ondersteuning van de aanvraag voor het verkrijgen van een tegemoetkoming in een deel van de loonkosten voor een praktijkondersteuner en/of praktijkverpleegkundige.**  ****Aan wie bezorgt u dit formulier?****  Bezorg de ondertekende aanvraag als bijlage bij de digitale aanvraag van de tegemoetkoming **aan uw Steunpunt**  **per post ASGB-Prins Boudewijnlaan 1 te 2550 Kontich of per mail** [**info@asgb.be**](mailto:info@asgb.be) |
|  | |
|  | Identificatiegegevens |

1. **Vul de gegevens van de huisartsenpraktijk in.**

|  |  |
| --- | --- |
| naam |  |
| e-mailadres |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ondertekening door verantwoordelijke van de praktijk | | | | | | | |
|  | **2. Op de volgende pagina van dit formulier worden de gevolgde opleidingen door de huisarts(en) en praktijkondersteuners/praktijkverpleegkundigen opgelijst. Ik verklaar dat alle gegevens op dit formulier naar waarheid zijn ingevuld. Ik verbind me ertoe eventuele wijzigingen van de vermelde gegevens onmiddellijk door te geven aan het Departement Zorg.** | | | | | | | |
|  | datum | dag |  | maand |  | jaar |  |  |
|  | handtekening |  | | | | | | |
|  | voor- en achternaam |  | | | | | | |
|  | Gevolgde opleiding | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **GEGEVENS OVER DE OPLEIDING** | | | | **PERSOON DIE DE OPLEIDING GEVOLGD HEEFT** | |
| **Datum** | **Titel** | **Organisator Opleiding** | **Duur** | **Naam** | **Functie** |
|  |  |  |  |  | arts  bediende |
|  | arts  bediende |
|  | arts  bediende |
|  | arts  bediende |
|  |  |  |  |  | arts  bediende |
|  | arts  bediende |
|  | arts  bediende |
|  | arts  bediende |
|  |  |  |  |  | arts  bediende |
|  | arts  bediende |
|  | arts  bediende |
|  | arts  bediende |
|  |  |  |  |  | arts  bediende |
|  | arts  bediende |
|  | arts  bediende |
|  | arts  bediende |
|  |  |  |  |  | arts  bediende |
|  | arts  bediende |
|  | arts  bediende |
|  | arts  bediende |
|  |  |  |  |  | arts  bediende |
|  | arts  bediende |
|  | arts  bediende |
|  | arts  bediende |
|  |  |  |  |  | arts  bediende |
|  | arts  bediende |
|  | arts  bediende |
|  | arts  bediende |