

AANMELDINGSFORMULIER

KNGF KLACHTENREGELING EN GESCHILLENCOMMISSIE

FYSIOTHERAPIE VOOR INSTELLINGEN VAN

FYSIOTHERAPEUTISCHE ZORG

Gegevens Organisatie

Naam Organisatie : _____

Naam contactpersoon : _____ Man Vrouw

Functie : _____

Adres : _____

Postcode en woonplaats : _____

Land : _____

Telefoonnr. : _____ Mobiele telefoonnr. : _____

E-mailadres : _____

Website : _____

1. Wat is het KNGF-relatienummer van uw organisatie? (indien bekend)

____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Voorwaarden deelname KNGF Klachtenregeling en Geschillencommissie

Voor het reglement en de (betalings-)voorwaarden verwijzen wij u graag naar: www.kngf.nl.

2. Per wanneer wilt u uw deelname aan de KNGF Klachtenregeling en geschillencommissie in laten gaan?

LET OP: Dit kan niet met terugwerkende kracht!

Zo snel mogelijk

Per datum : ____ - ____ - ____

3. Verklaring en ondertekening

Door ondertekening van dit formulier verklaart u:

- Dat u alle gegevens naar waarheid heeft ingevuld;
- Dat u akkoord gaat met het reglement en (betalings-)voorwaarden.

Datum: _____

Handtekening: _____

Hebt u dit formulier volledig ingevuld?

Stuur het vandaag nog (zonder postzegel) naar:

KNGF, afd. Register
Antwoordnummer 205
3800 VB Amersfoort