

DC Klinieken

Naam

Geboortedatum

BSN-nummer

Zorgverzekeraar

Polisnummer

Consult bij / Behandeling door

AKTE VAN CESSIE / VOLMACHT

Ondergetekende verklaart hierbij dat hij/zij zich op (datum)-.....-..... voor een eerste consult heeft gemeld bij DC Klinieken te, onderdeel van DC Klinieken.

Naar aanleiding van dit consult zal ondergetekende één of meerdere behandelingen bij DC Klinieken ondergaan. Op grond van zijn/haar ziektekostenverzekering heeft ondergetekende recht op vergoeding van (de kosten van) deze zorg. Met betrekking tot de genoemde behandeling(en) draagt ondergetekende hierbij zijn/haar rechten krachtens zijn/haar ziektekostenverzekering over aan DC Klinieken B.V.

Voor zover de hiervoor bedoelde overdracht van het recht op vergoeding van (de kosten van) de ondergane behandeling(en) niet rechtsgeldig zou blijken te zijn geschied, verleent ondergetekende hierbij aan DC Klinieken B.V., gevestigd te Almere, onherroepelijk volmacht om namens hem/haar jegens de ziektekostenverzekeraar aanspraak te maken op de vergoeding van (de kosten van) de ondergane behandeling(en), op een door DC Klinieken B.V. aan te wijzen rekeningnummer.

Datum-.....-.....

Plaats

Handtekening patiënt

.....