

BEPERKTE VERSPREIDING – PERSOONLIJKE LEVENSSFEER

(CHOD-SPS-IMGT-ISEC-001)

F-DEN	Trimestriële Kostennota Erelonen tandartspraktijk					TRIMESTER	JAAR		
							2	0	
Zone voorbehouden aan de Sectie Medische Tarifiering (DGBudFin/BFA-M)									
SECTIE	OA	PA	ART	CAT	A2 Code		ALIAS		
16	50			142					
Vul uw praktijkgegevens in (IN DRUKLETTERS)*	Naam en Voornaam of naam praktijk								
	Straat en Nr^(†)								
	Postcode en gemeente^(*)								
	Ondernemingsnummer								
Waar kunnen we u bereiken ?	Telefoon				Fax				
	E-mail								
Vul uw bankgegevens in	IBAN		B	E					
	BIC								
Consultaties of technische verstrekkingen									
Naam patiënt^(**)	Nationaal nummer	Datum consultatie of technische verstrekking			RIZIV codenummer^(**)		Remgeld		

* Noodzakelijke informatie voor de verwerking van de aanvraag en omwille van een wettelijke verplichting die op verwerkingsverantwoordelijke (Defensie) rust en met verwijzing naar de privacyverklaring van Defensie en de specifieke privacyverklaringen van DG H&WB, COMOPSMED, DGHR en/of DGBudFin, voor zover van toepassing.

† Bij rechtspersonen: adresgegevens van de maatschappelijke zetel van de vennootschap of collectief.

** 1 lijn per prestatie, de nominatieve gegevens van de patiënt dienen hierop duidelijk leesbaar te zijn.

BEPERKTE VERSPREIDING – PERSOONLIJKE LEVENSSFEER

(CHOD-SPS-IMGT-ISEC-001)

Consultaties of technische verstrekkingen (vervolg)				
Naam patiënt^(*)	Nationaal nummer	Datum consultatie of technische verstrekking	RIZIV codenummer^(*)	Remgeld

* 1 lijn per prestatie, de nominatieve gegevens van de patiënt dienen hierop duidelijk leesbaar te zijn.

BEPERKTE VERSPREIDING – PERSOONLIJKE LEVENSSFEER

(CHOD-SPS-IMGT-ISEC-001)

Consultaties of technische verstrekkingen (vervolg)																		
Naam patiënt ^(*)	Nationaal nummer	Datum consultatie of technische verstrekking	RIZIV codenummer ^(*)	Remgeld														
				Total bedrag remgeld														
Oprecht en echt verklaard voor de som van ^(**) Te..... De <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> </table>						2	0			Datum					2	0		
				2	0													
		Gezien voor uitvoering van de prestaties																
Handtekening tandarts, zaakvoeder, directie of gemachtigd bestuurder ^(***) X _____		X _____																
		(Handtekening BFA-M/AG-MA)																
Het formulier F-DEN • Maakt u in 02 exemplaren (1 origineel en 1 kopie)		Algemene Directie Budget en Financiën Divisie Financiële en Budgettaire Uitvoering Sectie Medische Tarifiering Kwartier Koningin Elisabeth Everestraat 1 – Bus 36 1140 EVERE																
		(In de maand die volgt op het desbetreffend trimester)																

* 1 lijn per prestatie, de nominatieve gegevens van de patiënt dienen hierop duidelijk leesbaar te zijn.

** In cijfers + voluit geschreven in letters.

*** De gemachtigde ondertekenaar zal nominatief vermeld worden in het contract dat de overeenkomst met de zorgverstrekkende partij bekrachtigt.