

Iemand anders machtigen

Uw gegevens

Voornaam en Achternaam	
Geboortedatum	
BurgerServicenummer	

Ik geef toestemming aan de gemachtigde

Voornaam en Achternaam	
Geboortedatum	
BurgerServicenummer	

Duur van machtiging*

- Eenmalige machtiging (geldig gedurende 1 week; na datum ondertekening)
- Doorlopende machtiging
- Machtiging akkoord

vanaf		tot	
-------	--	-----	--

Ik geef toestemming voor het afhalen van*

- Medicijnoverzicht
- Toedienlijst

Ondergetekende geeft aan de informatie over ‘Machtig een ander’ gelezen te hebben. Uw toestemming gebruiken wij niet voor andere doeleinden. Wij verstrekken uw gegevens alleen aan de persoon die u gemachtigd heeft. U blijft zelf aanspreekpunt voor de farmaceutische zorgverlening. Toestemming intrekken? Dat kan altijd. Neem dan contact op met apotheek Het Quadraat.

Ondertekening

Datum		Plaats	
Handtekening		Handtekening gemachtigde	

* doorhalen wat niet van toepassing is en evt. zelf invullen als optie er niet tussen staat.