**VERZAMELSTAAT DERDEBETALERSREGELING COVID 19**

Ik voeg ……*(1)* getuigschriften voor verstrekte hulp toe.

RIZIV-nummer (*1)* : ……………………………………………………..

Naam zorgverlener/groepspraktijk (*1)*: ……………………………………………………………………………

KBO-nummer *(2)* : ………………………………………….…………..

Naam onderneming *(2)* : ……………………………………………………………………………

Uw adres (*1)*: ……………………………………………………………….

Referentie/volgnummer *(3)* : ……………………………………………………………………………

De betaling dient te gebeuren op volgende rekening *(1)* :

BE … …. …. ….

Datum *(1)* : … /… / 2020

Handtekening *(1)*

1 Verplicht invullen

2 Indien van toepassing, verplicht in te vullen

3 Geef het pakket facturen dat u indient bij voorkeur een referentie/volgnummer. Dit vergemakkelijkt zowel voor u als voor ons het nazicht.