

Aanmeldingsformulier/Classificatieformulier

Persoonsgegevens

Achternaam en voorvoegsels : _____
Voorletters + roepnaam : _____ Geslacht : M / V
Geboortedatum : _____ Geboorteplaats : _____
Naam en voorletters partner : _____
(indien lid LHV)
Burger Servicenummer : _____ Email : _____

Adresgegevens

Bezoekadres/Praktijkadres/Werkadres

Straatnaam + huisnummer : _____
Woonplaats : _____ Postcode : _____
Telefoon werk : _____ Fax werk : _____
Mobiel werk : _____ Spoedlijn : _____
Overleglijn : _____

Privé-adres

Straatnaam + huisnummer : _____
Woonplaats : _____ Postcode : _____
Telefoon prive : _____ Fax prive : _____
Mobiel prive : _____

Postadres

Gelijk aan bezoek/praktijk-adres *Gelijk aan privé-adres*

Straatnaam + huisnummer : _____
Woonplaats : _____ Postcode : _____

Opleiding en registratie

Universiteit Artsexamen : _____ Datum Artsexamen : _____
Datum aanvang opleiding tot Huisarts : _____ Datum afronding : _____
Universiteit Huisartsen opleiding : _____ BIG-nummer : _____
Datum laatste HVRC-registratie : _____ HVRC-registratie geldig tot : _____

Praktijkgegevens

Huisartsopleider : ja nee Praktijkondersteuning: ja nee
Aangesloten bij naam Kring : _____
Aangesloten bij naam Hagro : _____
Aangesloten bij naam Huisartsenvereniging : _____
Aangesloten bij naam Klachtenregeling : _____
Praktijk overgenomen van : _____
Datum overname : _____ Praktijkgrootte : _____
Praktijk open voor patiënten : ja voor aantal patiënten _____ nee
AGB-code huisarts : _____ AGB-code praktijk : _____
ICT-systeem : _____ Facturatie door : _____
Preferente zorgverzekeraar : _____

Aanmeldingsformulier/Classificatieformulier

Functie(s)

Type huisarts

Gevestigd HAIO HID HIDHA Waarnemer/freelancer Percentage: _____%

Naam praktijk/werkgever : _____

Datum aanvang : _____ Inkomensklasse : _____

(zie bijgaande contributietabel)

Soort lidmaatschap

: Junior Gewoon Buitengewoon Senior Ere (zie bijgaande contributietabel)

Apotheekhoudend

: ja nee

Juridische vorm

(voor gevestigde huisarts)

Praktijktype

- HOED
 GOED
 DUO praktijk
 Solist
 Groepspraktijk
 Gezondheidscentrum
 1^e lijnscentrum niet zijnde gezondheidscentrum

Lid van zorggroep, coöperatie of andere ketenzorg organisaties

Ja Nee

Specialisme/Interessegebied

- Verloskunde Achterstandswijken
 Asielzoekers Huisartsopleider
 Dienst Justitiële Inrichtingen Overig, namelijk

Incasso via doorlopende machtiging algemeen:

Ja, ondergetekende machtigt de Landelijke Huisartsen Vereniging met rekeningnummer 4899.36.245 om via automatische incasso van mijn rekening bedragen af te schrijven inzake de LHV- en Kringcontributie en overige afgenomen producten/diensten zoals workshops, cursussen e.d. ⁽¹⁾.

Nee, ik ga niet akkoord met een automatische incasso maar ik betaal het volledige factuurbedrag binnen 30 kalenderdagen na factuurdatum aan de Landelijke Huisartsen Vereniging op rekeningnummer 4899.36.245.

Postbanknummer : _____ Bankrekeningnummer : _____

Ten name van : _____ te : _____

Datum : _____

Handtekening : _____

N.B. aankruisen wat van toepassing is.

¹⁾ Indien niet akkoord met afschrijving kan binnen 30 kalenderdagen een verzoek tot terugboeking bij Bank of Postbank worden ingediend. Intrekking van de machtiging dient tijdig schriftelijk te worden gericht aan de Landelijke Huisartsen Vereniging.

²⁾ Uw gegevens worden opgenomen en verwerkt conform de regels van de Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP) in het ledenbestand van de LHV en van de Federatie KNMG.