

AANVRAAGFORMULIER DIGIPASS (dit formulier getekend retourneren via mail administratie@promedico.nl)

Praktijknaam:	Datum:
Aanvrager:	Handtekening:
Gebruiker:	_____
Emailadres:	

DOOR PROMEDICO IN TE VULLEN GEGEVENS

Werkelijke leveringsdatum van de Digipass:	_____
Digipassnummer:	_____

NIEUWE DIGIPASS HUISARTS/HIDHA

Aanschaf € 81,00 éénmalig

Naam gebruiker: _____

NIEUWE DIGIPASS WAARNEMENDE HUISARTS

Aanschaf € 81,00 éénmalig

Waarneming in geval van ziekte / vakantie / zwangerschapsverlof

Naam gebruiker: _____

Naam van vervangende gebruiker: _____

NIEUWE DIGIPASS OVERIGE (DA / POH / AIO / PVK / ADM)

Aanschaf € 81,00 éénmalig

Naam gebruiker: _____

Rol van de gebruiker: _____

WIJZIGING GEBRUIKER DIGIPASS

Aanschaf reeds betaald

Digipassnummer: _____

Naam huidige gebruiker: _____

Naam nieuwe gebruiker: _____

VERVANGING DIGIPASS

Aanschaf € 81,00 éénmalig

Digipassnummer oud: _____

Naam gebruiker: _____

Omschrijving defect: _____

Alle bovengenoemde prijzen zijn exclusief btw

Onze Algemene Leveringsvoorwaarden zijn onder dossiernummer 30173391

gedeponeerd bij de kamer van Koophandel te Utrecht