



Huisartsenpraktijk
Bos en Lommer

Opzegformulier vorige huisarts – bewijs van inschrijving Previous GP Cancellation Form – Proof of Registration

Naam (Name)	Man / Vrouw (Male / Female)	Geboortedatum (Date of Birth)

Hebben zich als patiënt ingeschreven bij Huisartsenpraktijk Bos en Lommer (the above have registered at Huisartsenpraktijk Bos en Lommer)

Handtekening (Signature): _____

Datum (Date): _____

Gegevens vorige huisarts (Previous Family Doctor Details)

Huisarts (Name): _____

Straat (Street): _____

Postcode (Post Code): _____ Plaats (City): _____

Geachte mevrouw, heer,

Bovengenoemde patiënt(en) heeft/hebben zich ingeschreven in onze praktijk.

Wij verzoeken u deze patiënt(en) uit uw bestanden verwijderen en eventuele gegevens aan ons op te sturen via ZorgMail.

Met vriendelijke groet,

Huisartsenpraktijk Bos en Lommer
Bos en Lommerplein 73 B
1055 AD Amsterdam

T 020 684 77 06

F 020-6829246

e-mail info@hpbl.nl