



THIOPHARMA

TOESTEMMINGSVERKLARING VOOR HET OVERDRAGEN VAN MEDICATIEGEGEVENS

Hierbij geeft ondergetekende
toestemming aan

Naam:
Adres:
Woonplaats:

om mijn medicatiegegevens over te dragen aan

Naam:
Adres:
Woonplaats:

Gegevens cliënt:

Naam:
Adres:
Woonplaats:
Geboortedatum:

Datum:
Handtekening:

Bij het inleveren van dit formulier dient de gemachtigde zich tevens geldig te legitimeren.