**Formulier s.v.p. binnen een maand na eerste bezoek opsturen naar het infocentrum.**

**Liefst scannen en mailen naar** **ledenadministratie@pvhh.nl** **anders per post**



Registratieformulier Patiëntenvoorlichting

Naam Voorlichter …………………………………………………………………………………………………………………………

Naam Ziekenhuis ……………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datum contact** | **Ziekenhuis** | **Thuis** | **Telefonisch/ digitaal** | **e-mail/ whatsapp** | **bijzonderheden** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Maar 1 vakje invullen

1.  **Is al lid**
2.  **Wil geen lid worden**
3.  **Wil alleen de digitale nieuwsbrief ontvangen (alleen e-mail adres invullen)**
4.  **Wil een gratis proef lidmaatschap van 1 jaar ( vul de gegevens in)**
5.  **Wil lid worden (vul de gegevens in)**

# Indien gekozen is voor optie 3, 4 of 5 graag de gegevens invullen:

Naam patiënt: ……………………………………………………………………………………………………  M  V

# Adres: …………………………………………………………………………………………………………………

PC en Woonplaats: ……………………………………………………………………………………………..

# E-mail: ……………………………………………………. Tel nr: ………………………………………………

Zie <https://pvhh.nl/privacyverklaring>

Datum: ………………………………………………….

Handtekening patiënt voor akkoord doorgeven adresgegevens aan PVHH

**Handtekening voorlichter:**

Januari 2025