

Geschillencommissie KPZ

Volmacht tot het indienen en behandelen van een geschil bij de Geschillencommissie KPZ

Volmachtgever:

wonende te:

aan de:

geboren op:

machtigt hierbij

Gemachtigde:

wonende/gevestigd te:

aan de:

hem/haar te vertegenwoordigen bij het indienen en behandelen van het geschil met
..... (naam zorgaanbieder)
bij de Geschillencommissie KPZ.

.....

(Naam volmachtgever)

.....

(Plaats en datum)

.....

(Handtekening)