

# 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)