|  |  |
| --- | --- |
|  **JA** |  **NEE** |
| Ik geef **wel** toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP. Ik heb alle informatie gelezen in de folder ‘Jouw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)’ *en ik heb het goed begrepen*. | Ik geef **geen** toestemming aan onderstaande zorgverlener om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP. Ik heb alle informatie gelezen in de folder ‘Jouw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)’ *en ik heb het goed begrepen*. |

# Gegevens apotheek

|  |  |
| --- | --- |
| **Naam:** | **Apotheek FarmaZorg Breda** |
| **Adres:** | Hooghout 65 |
| **Postcode en plaats:** | 4817EA Breda |
|  |  |

# Mijn gegevens vergeet niet je handtekening te zetten

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Achternaam:** |  | **Voorletters:** |  | **🞏 M** | **🞏 V** |
| **Adres:** |  |
| **Postcode en plaats:** |  |
| **Geboortedatum:** |  | **Handtekening:** |  |
|  |  | **Datum:** |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Mail dit ingevulde formulier en bijlages naar farmazorg@zorgmail.nl of info@farmazorgbreda.nl**

|  |  |
| --- | --- |
| Afbeelding met tekst, Lettertype, logo, Graphics  Automatisch gegenereerde beschrijving**Of stuur het per post naar:** | **Apotheek FarmaZorg****Antwoordnummer 10594****4800 WB Breda**(postzegel niet nodig) |