

Ondertekende

Voornaam _____
Achternaam _____
Adres _____ Woonplaats _____
BSN _____
Geboortedatum _____

Geeft hierbij toestemming om onderstaande persoon te machtigen, eigen persoonsgegevens te laten wijzigen in het dossier van de ambulancedienst

Gemachtigde:

Voornaam _____
Achternaam _____
Adres _____ Woonplaats _____
BSN _____
Geboortedatum _____

Ambulancedienst Ambulancezorg Zoetermeer / Ambulancezorg GGD
Haaglanden/ Witte Kruis (doorhalen wat niet van toepassing is)

Datum _____

Handtekening _____