

# INSCHRIJFFORMULIER VOOR EEN AANLEUNWONING



## Bij de locatie Oldeslo

Naam: \_\_\_\_\_ M/V

Voornamen: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode en woonplaats: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Burgerservicenummer: \_\_\_\_\_

Zorgverzekeraar: \_\_\_\_\_ polisnummer: \_\_\_\_\_

Op welke termijn u denkt in een aanleunwoning te willen gaan wonen?

---

### 1<sup>ste</sup> Contactpersoon:

Naam: \_\_\_\_\_ relatie: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode en woonplaats: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

### 2<sup>de</sup> Contactpersoon:

Naam: \_\_\_\_\_ relatie: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode en woonplaats: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Wie is uw huidige huisarts?

Naam/Adres \_\_\_\_\_

Bij welke apotheek bent u ingeschreven?

Naam/Adres \_\_\_\_\_

Ingevuld op (datum): \_\_\_\_\_

Handtekening: \_\_\_\_\_

Dit formulier retourneren per mail : cliëntadviseur@oldael.nl  
Of per post : Stichting Zorggroep Oldael  
T.a.v. de cliëntadviseur  
Postbus 90710  
2509 LS DEN HAAG

---