

PERSOONLIJK EN VERTROUWELIJK

Xpert Clinic Nederland bv
T.a.v. het Informatiecentrum
Antwoordnummer 11517
5657 DD Eindhoven

Graag ontvang ik een kopie van mijn medisch dossier betreffende mijn behandeling bij Xpert Clinic.

Dhr./Mevr.: _____

Adres: _____

Postcode: _____

Woonplaats: _____

Geb.datum: _____

Emailadres: _____

Datum aanvraag: _____

Plaats aanvraag: _____

Handtekening: _____

Dit formulier kunt u samen met een kopie van uw identiteitsbewijs per post toesturen. Na controle zal de kopie van uw identiteitsbewijs worden vernietigd.

U kunt hiervoor bovenstaand antwoordnummer gebruiken, een postzegel is dus niet nodig.

U kunt het formulier ook invullen, scannen en per (veilige) mail retourneren naar

info@xpertclinic.nl

Wij zullen een kopie van uw medisch dossier per aangetekende mail of post binnen 3 werkdagen naar u versturen.

Informatiecentrum T 088 778 52 23