

AKTE VAN CESSIE

Voor- achternaam:

BSN Nummer:

Zorgverzekeraar:

Polisnummer:

Akte van cessie / Volmacht

Ondergetekende verklaart hierbij dat hij/zij zich op _____ (datum) voor een eerste poliklinische consult heeft gemeld bij Scoliosis Care Clinic (in opdracht van Nordic Health).

Op grond van zijn/haar ziektekostenverzekering heeft ondergetekende recht op vergoeding van (de kosten van) deze zorg. Met betrekking tot de genoemde behandeling(en) draagt ondergetekende hierbij zijn/haar rechten krachtens zijn/haar ziektekostenverzekering over aan Nordic Health.

Voor zover de hiervoor bedoelde overdracht van het recht op vergoeding van (de kosten van) de ondergane behandeling(en) niet rechtsgeldig zou blijken te zijn geschied, verleent ondergetekende hierbij aan Scoliosis Care Clinic / Nordic Health, gevestigd te Zwolle, onherroepelijk volmacht om namens hem/haar jegens de ziektekostenverzekeraar aanspraak te maken op de vergoeding van (de kosten van) de ondergane behandeling(en), op een door Scoliosis Care Clinic / Nordic Health aan te wijzen rekeningnummer.

Datum: ____ / ____ / _____

Plaats: _____

Handtekening patiënt :