



TOESTEMMINGSFORMULIER

GEGEVENS

NAAM	
RIJKSREGISTERNUMMER	
E-MAILADRES	
ADRES	

- Ik ga akkoord met de uitwisseling van mijn relevante gezondheidsgegevens met het coördinatieteam van het project om inclusie mogelijk te maken
- Ik schrijf me in voor de nieuwsbrief

HANDTEKENING

Naam:

Handtekening:

Datum:

--