



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:

--