Bijlage 13

Te vervolledigen door de gerechtigde
Invullen of kleefbriefje V.I. aanbrengen

Naam en voornaam van de rechthebbende : .....
Ziekenfonds : .....
Inschrijvingsnummer van de Sociale Zekerheid (INSZ) : ☐☐☐☐☐☐-☐☐☐-☐☐
Adres van de gerechtigde : .....
.....

GETUIGSCHRIFT VAN AFLEVERINGEN BESTEMD VOOR DE BANDAGISTEN EN DE ORTHOPEDISTEN

In te vullen door de zorgverlener

Naam en voornaam van de patiënt : .....
Geboortedatum van de patiënt : .....

Benaming en hoeveelheid	Nummer van de nomenclatuur	Code van het product op de lijst (indien van toepassing)	Aan-gerekende prijs	Nomen-clatuur-prijs	Tegemoet koming V.I.	Persoon-lijk aandeel rechth. K.B. 15.7.2002	Supple-ment voor de recht-hebbende	Vak voor de V.I.
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Recupel								
Totaal								

Datum van de levering : ...../...../.....

Voorgeschreven door

op datum van ...../...../.....

☐ Het voorschrift is toegevoegd.

☐ De toestemming van de adviserend geneesheer van ...../...../..... is toegevoegd.

Inschrijvingsnr. R.I.Z.I.V. van de voorschrijver : ☐ - ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐☐

Voor opgenomen rechthebbenden : Nr. van de instelling : ☐ - ☐☐ - ☐☐☐ - ☐☐
Dienst : ☐☐

Naam en voornaam van de zorgverlener : .....
Inschrijvingsnummer RIZIV : ☐ - ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐☐
Naam van de onderneming : .....
Straat en nr. : .....
Gemeente en postnummer : .....
Ondernemingsnummer:

In geval van derdebetalersregeling is dit getuigschrift betaalbaar door het ziekenfonds op rekeningnummer:

IBAN: ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐

BIC: ☐☐☐☐☐☐☐☐

In te vullen door de rechthebbende

Ik bevestig (de) bovenvermeld(e) verstrekking(en) te hebben ontvangen.
Ik bevestig dat ik duidelijk werd geïnformeerd door de zorgverlener over het feit dat ik een bedrag (persoonlijk aandeel + supplement) van …… Euro moet betalen dat volledig te mijnen laste valt.
Datum : ...../...../..... Handtekening: .....

Vak voor de verzekeringsinstelling :	Datum en handtekening van de zorgverlener