

Datum:

Mijn gegevens:

Naam:

Straat en huis nummer:

Postcode:

Plaats:

Geboortedatum:

BSN:

Telefoon:

E-mail:

Mijn huidige/oude tandarts:

Naam Tandartspraktijk:

Plaatsnaam:

Toestemming voor dossieroverdracht:

Graag mijn dossier sturen naar mijn nieuwe tandarts:

Mondzorg Brummen

Ambachtstraat 27, 6971 BN Brummen

Telefoon: 0575-847143

Email-adres: info@mondzorgbrummen.nl

Zorgmail-adres: 500156431@lms.lifeline.nl

Handtekening:

Naam: