**Formulier aanmelden afhaalkluis**

|  |  |
| --- | --- |
| **Voorletter (s)** |  |
| **Achternaam** |  |
| **Geboortedatum** |  |
| **Mailadres** |  |
| **Telefoonnummer** |  |

*U dient uw persoonlijke mailadres te registeren. Er kan maar één registratie op één mailadres! Twee personen op een gezamenlijk mailadres is dus niet mogelijk!*

**Door middel van dit formulier geef ik toestemming aan Huisartsenpraktijk Dees om de medicatie beschikbaar te stellen in de afhaalkluis.**

**Handtekening: Plaats: Datum:**

………………………………… …………………….. …………..