

INSTEMMINGSVERKLARING 2017

ALGEMENE GEGEVENS

Naam zorgaanbieder

KVK-nummer

NZa-code

AGB-code

AANHEF TEKENBEVOEGDE BESTUURDER

☐ De heer

☐ Mevrouw

Naam en voorletter(s) tekenbevoegde bestuurder(s)

Correspondentieadres

Postcode

Woonplaats

Naam contactpersoon

Emailadres contactpersoon

Telefoonnummer contactpersoon

Verklaring

De zorgaanbieder verklaart hierbij dat uiterlijk op de datum van sluiting van de inschrijving voor dat jaar:

1. De zorgaanbieder voldoet aan de voorwaarden die <> stelt in de door haar voor 2017 te volgen zorginkoopprocedure,
2. De zorgaanbieder de bepalingen van de overeenkomst 2017 die < > in die zorginkoopprocedure aanbiedt en aanvaardt. Het bepaalde in de zorginkoopdocumenten Wlz 2017 met bijlagen maakt deel uit van de overeenkomst zoals die voor het jaar 2017 geldt.
3. Zorgaanbieder voldoet en blijft voldoen aan de landelijke en regionale voorwaarden voor een meerjarige overeenkomst.

Ondertekening

De bestuurder(s), dan wel de gemachtigde namens de bestuurder(s) (bewijs van machtiging om voor de zorgaanbieder te mogen tekenen bijvoegen) verklaart (verklaren) de instemmingsverklaring naar waarheid te hebben ingevuld.

Naam (namen) bestuurder(s)/gemachtigde

Datum

Handtekening(en) bestuurder(s)/gemachtigde