

Aanmeldingsformulier MS Zorg Nederland

Graag meld ik mij als zorgverlener aan bij MS Zorg Nederland voor de regio:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Arnhem | <input type="checkbox"/> Kennemerland-Zuid/Haarlemmermeer |
| <input type="checkbox"/> Den Bosch | <input type="checkbox"/> Nijmegen |
| <input type="checkbox"/> Doetinchem | <input type="checkbox"/> Oss/Uden/Veghel |
| <input type="checkbox"/> Dordrecht | <input type="checkbox"/> Tiel |
| <input type="checkbox"/> Ede | <input type="checkbox"/> Vlissingen/Goes |
| <input type="checkbox"/> Eindhoven/Veldhoven | <input type="checkbox"/> Zeeuws-Vlaanderen |
| <input type="checkbox"/> Geldrop/Helmond/Weert | <input type="checkbox"/> Zuid-Holland Noord |
| <input type="checkbox"/> Gorinchem | <input type="checkbox"/> Anders, namelijk: _____ |

Door aanmelding geeft u aan zich te confirmeren aan de voorwaarden voor deelname zoals gesteld op de pagina: <http://www.mszorgnederland.nl/voor-de-professional/lid-woorden/>

Persoonlijke gegevens

Voornaam	
Voorletters	
Tussenvoegsel	
Achternaam	
Geslacht	man / vrouw (svp doorhalen wat niet van toepassing is)
Geboortedatum	
Straat en huisnummer	
Postcode	
Woonplaats	
Telefoonnummer	
E-mail (let op: vul hier het emailadres in waarop je alle digitale correspondentie van MS Zorg Nederland wilt ontvangen)	
Beroepsgroep	neurologie ms verpleegkunde verpleegkundig specialisten ms revalidatiegeneeskunde specialisme ouderengeneeskunde fysiotherapie oefentherapie ergotherapie logopedie psychologie (svp doorhalen wat niet van toepassing is)
Kwaliteitsregister	ADAP KNGF KNMG V&V NIP FGzP (svp doorhalen wat niet van toepassing is)
Nr. kwaliteitsregister	

Let op: ms verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten ms worden verzocht een kopie van hun certificaat aan te leveren.

Gegevens praktijk of organisatie:

Let op: de hieronder ingevulde gegevens worden gebruikt voor de vermelding in de zorgzoeker op de website van MS Zorg Nederland

Naam praktijk of organisatie	
Afdeling (indien van toepassing)	
Straat en huisnummer	
Postcode	
Plaats	
Postadres (indien afwijkend van bezoekadres)	
Telefoonnummer	
Website	

Motivatie voor deelname (korte omschrijving van je motivatie om deel te gaan nemen):

Datum: _____

Handtekening: _____

Gelieve het ingevulde en ondertekende aanmeldingsformulier te retourneren aan MS Zorg Nederland per post: postbus 8837 5605 LV Eindhoven. Of per mail: info@mszorgnederland.nl