

## Aanmeldingsformulier ZBC met het ZKN keurmerk

Onderstaande zorgaanbieder bevestigt hierbij kennis te hebben genomen van het inkoopbeleid MSZ van Multizorg VRZ, en te voldoen aan:

- de Algemene Inkoopvoorwaarden (AIV)
- de Basisvoorwaarden voor contractering ZBC's en
- in het bezit te zijn van het ZKN-keurmerk.

Naam instelling	
AGB code	
Vestigingsplaats	
Oprichtingsdatum ZBC	dd/mm/jj
Operationeel sinds	dd/mm/jj
Lid van ZKN sinds	dd/mm/jj
Geldig tot	dd/mm/jj
Specialismen / type aangeboden zorg	1
	2
	3
Naam directeur	
Naam	
Initialen	
Geslacht	M/V
Contactpersoon	
Naam	
Initialen	
Geslacht	M/V
Functie	
E-mailadres	
Telefoonnummer	
Ondertekenaar zorgovereenkomst:	
Naam	
Initialen	
Geslacht	M/V
Functie	

De instelling verzoekt Multizorg VRZ hierbij om te beoordelen of de ZBC in aanmerking kan komen voor het verkrijgen van een zorgovereenkomst.

Deze aanvraag is ingediend door:

Naam.....

Functie.....

Datum.....

U kunt dit formulier sturen aan: [zbc@multizorgvrz.nl](mailto:zbc@multizorgvrz.nl)