

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ik heb kennis genomen van de inhoud van het onderzoek naar mijn ervaringen met de ontvangen huisartsenzorg.

Hierbij geef ik toestemming voor toezending van bovenvermelde persoonsgegevens door uw praktijk aan Qualizorg B.V. en het gebruik van mijn e-mailadres en de persoonsgegevens door Qualiview, Onder meer voor het ontvangen van een uitnodiging voor dit onderzoek en de genoemde onderzoeksdoeleinden.

E-mailadres: E-mail

Naam: Naam

Geboortedatum: Geboortedatum

Huisartsenpraktijk: Kies een praktijk

Plaats: Plaats Datum: Datum

……………………………………………………

Handtekening

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Lever dit formulier in bij de balie van uw huisarts.