*Logo praktijk*

*BV of koepel*

*Logo NWPl*

*Logo KAB koepel*

 Door u te voldoen <999,99>

**Declaratiegegevens**

**Datum consult Uitvoerder Prestatiecode Omschrijving geleverde zorg Bedrag**

<dd-mm-jjjj> <AGB-code> <Prestatiecode> <Omschrijving> <999,99>

(<BTW 21%>) l <999,99>

*Debiteurnummer <debiteurnummer>*

*Te betalen voor <dd-mm-jjjj>*

**Factuur**

Factuurnummer <factuurnummer>

Factuurdatum <dd-mm-jjjj>

**Betreft patiënt**

<naam><dd-mm-jjjj>

<verzekerdenummer>

<Uzovi><naam zorgverzekeraar>

IIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIII

<naam geadresseerde>

<straat><huisnummer>

<postcode><PLAATSNAAM>

<naam praktijk>

<naam zorgaanbieder>

<straat><huisnummer>

<postcode><plaatsnaam>

<telefoonnummer>

<IBAN>

<AGB-declarant><AGB praktijk>

<KvK-nummer>

<url-praktijk>