



LET IT SHINE BEHANDELOVEREENKOMST

Cliëntgegevens	
Naam	
Adres	
Postcode	
Woonplaats	
Geboortedatum	
BSN nummer	
Naam zorgverzekering	
Polisnummer zorgverzekering	
Huisarts	

Ondergetekende verklaart door de behandelaar Cristina Hoogewind-Van Aalst te willen worden behandeld. Bij deze behandelovereenkomst heb ik van tevoren kennis genomen van:

- Algemene voorwaarden van de praktijk Shine Studio/Cristina Hoogewind-Van Aalst zoals vermeld op de website www.shinestudio.nl Hiermee ga ik akkoord.
- Privacyverklaring zoals vermeld op de website www.shinestudio.nl Ik ben mij ervan bewust dat mijn persoonsgegevens en medische gegevens op een veilige manier worden opgeslagen en verwerkt. Dit is noodzakelijk voor de uitvoering van de behandelovereenkomst.

Plaats: _____

Datum: _____

Handtekening(en):
