



LET IT SHINE

## BEHANDELOVEREENKOMST

Naam	_____		
Adres	_____		
Postcode	_____	Woonplaats	_____
Telefoon	_____	E-mail	_____
Geslacht	_____	Geboortedatum	_____
BSN	_____	Huisarts	_____
Zorgverzekeraar	_____	Polisnummer	_____

Ondergetekende verklaart door behandelaar Cristina Hoogewind-Van Aalst te willen worden behandeld.

Bij deze behandelovereenkomst heb ik van tevoren kennis genomen van en ga ik akkoord met:

- Algemene voorwaarden van de praktijk Shine Studio/Cristina Hoogewind-Van Aalst zoals vermeld op <https://www.shinestudio.nl/algemenevoorwaarden>
- Privacyverklaring zoals vermeld op <https://www.shinestudio.nl/privacystatement-cookiepolicy>

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.

Datum	_____
Naam	_____
Plaats	_____

Handtekening	_____
--------------	-------