

Ondergetekende, _____ (naam verzekerde) (verzekerdenummer: _____) machtigt hierbij _____ (naam gevolmachtigde) wonende _____ (adres) te _____ (woonplaats) (hierna ook te noemen: gevolmachtigde), om namens ondergetekende alle (rechts) handelingen te verrichten die betrekking hebben op het door Stad Holland Zorgverzekeraar aan ondergetekende toegekende of nog toe te kennen Zvw-pgb.

Hiermee geeft ondergetekende ook toestemming aan Stad Holland Zorgverzekeraar om, voor de uitvoering van het aan ondergetekende toegekende of nog toe te kennen Zvw-pgb, noodzakelijke informatie en persoonsgegevens, waaronder gegevens betreffende de gezondheid, uit te wisselen met de gevolmachtigde.

De gevolmachtigde gaat er, door ondertekening van deze volmacht, mee akkoord dat hij/zij door Stad Holland Zorgverzekeraar mede verantwoordelijk wordt geacht voor de nakoming van de taken en verplichtingen die zijn verbonden aan het Zvw-pgb en zijn beschreven in het Reglement Zvw-pgb, en mede aansprakelijk kan zijn voor gebreken in de nakoming hiervan.

Ondergetekende gaat er, door ondertekening van deze volmacht, mee akkoord dat hij/zij als budgethouder blijvend mede verantwoordelijk is voor de nakoming van de taken en verplichtingen die zijn verbonden aan het Zvw-pgb en zijn beschreven in het Reglement Zvw-pgb, en blijvend mede aansprakelijk kan zijn voor gebreken in de nakoming hiervan.

Deze machtiging wordt met ingang van __ - __ - ____ (datum) afgegeven voor de gehele duur van het Zvw-pgb, tenzij ondergetekende deze volmacht op een eerder moment intrekt en daarvan schriftelijk melding maakt bij Stad Holland Zorgverzekeraar.

Budgethouder

Getekend te (woonplaats)

Handtekening budgethouder

Gevolmachtigde

Naam gevolmachtigde

Telefoonnummer

Handtekening gevolmachtigde
