


INVULLEN IN DRUKLETTERS A.U.B.

Medisch Paspoort	Lid nr.	
Naam:	Voornaam:	
Adres in Spanje (Calle – Carrer – Avenida – Partida):		
Edificio – Urban – Camping + plaats:		
Postnummer:	Gemeente:	
Huisarts in Spanje - Medico a España		
Naam van de arts:		
Telefoon nr. 0034-		
Gsm nr. 0034-		
Verwittigen in het land van herkomst – Naam en telefoon nr. van zoon / dochter / familie / vrienden		
Neemt U bloedverduunners? Ja <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> (kruis aan wat past a.u.b.)		
Welke bloedgroep heeft U? A-, A+, B-, B+, AB-, AB+, 0-, 0+ (doorstreep wat NIET past a.u.b.)		
Naam van de huisarts in het land van herkomst		
Naam van de arts:		
Telefoon nr. B=(0032) - NL=(0031)		
Gsm nr. B=(0032) - NL=(0031)		
Allergisch aan:		
-		
-		
-		
-		
-		
-		
-		
-		
Ziekenfondsen en Verzekeringen		
Naam ziekenfonds:		
Klantnr.		
Polisnr.		
Telefoonnr.		
Gsm nr.		
Naam verzekeringen:		
Klantnr.		
Polis nr.		
Telefoonnr.		
Gsm nr.		
Kopie van de fotozijde van uw identiteitskaart bijvoegen a.u.b.		

Dit, ingevuld, formulier kan U ook terugsturen aan: secretaris@vbbenidorm.be