



Ondergetekende bevestigt toestemming te hebben gegeven voor het maken van podotherapeutische zolen zoals is overeengekomen.

Op alle overeenkomsten zijn de betalingsvoorwaarden van Fa-med te Leusden van toepassing.
Een exemplaar van deze voorwaarden wordt u op aanvraag toegezonden.

Bedrag : € _____,

Datum : ____ - ____ - ____

Naam patiënt : _____

Geboortedatum : ____ - ____ - ____

Handtekening patiënt : _____
(bij minderjarigen ouders of verzorgers)

Graag dit formulier retourneren in bijgesloten enveloppe aan:
Groepspraktijk voor Podotherapie
Oostersingel 110
9711 XH Groningen

