

2025

## Overeenkomst servicepakket Revalidatie

Naam cliënt:  Dhr/  Mw. \_\_\_\_\_ Geboortedatum: \_\_\_\_\_  
 Adres: \_\_\_\_\_ te \_\_\_\_\_  
 Kamernummer: \_\_\_\_\_  
 Vanaf ingangsdatum: \_\_\_\_\_

U ontvangt zorg vanuit revalidatie of eerstelijnsverblijf bij Norschoten. Wij gaan daarom een zorgovereenkomst met voorwaarden met elkaar aan. Op onze website treft u de algemene voorwaarden en *modules geriatrische revalidatie / eerstelijnsverblijf* aan die voor u van toepassing zijn. Heeft u vragen over zorgverlening, rechten en plichten en/of omgang met elkaar, dan kunt u daar uw antwoord vinden.

Wanneer u bovengenoemde voorwaarden graag wilt ontvangen, kunt u deze downloaden via de website of aanvragen bij het transferbureau.

Het staat u vrij, los van de zorgverlening, om al dan niet gebruik te maken van onderstaande services:

	Afname	Kosten per maand	Totaal
<b>Telefonie</b>			
Telefoon abonnement (inclusief toestel)	<input type="checkbox"/> Ja/ <input type="checkbox"/> nee	€ 30,40 incl. btw	
<b>TV</b>			
TV abonnement (incl. TV)	<input type="checkbox"/> Ja/ <input type="checkbox"/> nee	€ 23,90 incl. btw	
<b>Kosten totaal per maand</b>			€

**Elk jaar vindt indexatie van het tarief plaats.**

De factuur wordt per kwartaal verstuurd.

Automatische incasso (indien services worden afgenomen)

Ook ga ik akkoord met machtiging tot automatische incasso van bovengenoemde afgesproken diensten,

Via IBAN nummer: \_\_\_\_\_

Ten name van: \_\_\_\_\_

Hoe wilt u de facturen van Norschoten ontvangen voor de afgenomen diensten:

Per post

Per e-mail Naar welk e-mailadres mag de factuur worden gestuurd: \_\_\_\_\_

Handtekening cliënt: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Dit formulier is ingevuld samen met medewerker (naam) \_\_\_\_\_

functie binnen Norschoten: \_\_\_\_\_

Naam medewerker technische dienst \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_