

Aanvraag voor registratie

Naam en voorletters Arts* :

Geslacht : M/V

Naam praktijk/instelling :

Praktijkadres* :

Postcode en Plaats* :

Telefoonnummer* :

Faxnummer :

Intercollegiaal tel.nummer :

Emailadres* :

AGB Code* :

Soort zorgverlener :

Declaratie versturen naar* : Zorgverzekeraar / Aanvrager / Patiënt (svp omcirkelen)

Gewenste rapportage vorm* : Edifact / Uitslagen online / post (svp omcirkelen)

Indien bekend edifactadres :

Graag zo volledig mogelijk ingevuld aan Atalmedial retourneren;

per post : t.a.v. Medische Administratie, Jan Tooropstraat 138,
1061 AD Amsterdam

per fax : 088 - 0037 798

per email : aanvragers@atalmedial.nl

Datum :

Handtekening :

* = verplicht veld

* Indien deze code niet bij u bekend is, dan kunt u contact opnemen met Vektis via www.vektis.nl of telefoonnummer 030-6988323.