

Toestemmingsverklaring informatie-uitwisseling logopedist met derden

Ondergetekende

Geboortedatum

Adres **Woonplaats**

Hierbij geeft ondergetekende toestemming aan:

Naam logopedist

Adres logopedist

Woonplaats **Plaats**

Om alle benodigde inlichtingen uit te wisselen met

Deze uitwisselingen van inlichtingen zijn nodig in het kader van

De inlichtingen worden voor geen ander doel gebruikt

Datum **Handtekening**