

Toestemmingsverklaring informatie-uitwisseling logopedist

Ondergetekende:	
Geboortedatum:	
Adres:	
Woonplaats:	

Hierbij geeft ondergetekende toestemming aan:

Naam logopedist:	
Adres logopedist:	
Woonplaats logopedist:	

Om alle benodigde inlichtingen uit te wisselen met:	
Deze uitwisselingen zijn nodig in het kader van:	

De inlichtingen worden voor geen ander doel gebruikt

Datum:	
Handtekening:	