

INSTEMMINGSVERKLARING 2017

ALGEMENE GEGEVENS	
Naam zorgaanbieder	
KVK-nummer	
NZa-code	
AGB-code	
AANHEF TEKENBEVOEGDE BESTUURDER	
	<input type="checkbox"/> De heer <input type="checkbox"/> Mevrouw
Naam en voorletter(s) tekenbevoegde bestuurder(s)	
Correspondentieadres	
Postcode	
Woonplaats	
Naam contactpersoon	
Emailadres contactpersoon	
Telefoonnummer contactpersoon	

Verklaring

De zorgaanbieder verklaart hierbij dat uiterlijk op de datum van sluiting van de inschrijving voor dat jaar:

1. De zorgaanbieder voldoet aan de voorwaarden die Zilveren Kruis stelt in de door haar voor 2017 te volgen zorginkoopprocedure,
2. De zorgaanbieder de bepalingen van de overeenkomst 2017 die Zilveren Kruis in die zorginkoopprocedure aanbiedt en aanvaardt. Het bepaalde in de zorginkoopdocumenten Wlz 2017 met bijlagen maakt deel uit van de overeenkomst zoals die voor het jaar 2017 geldt.
3. Zorgaanbieder voldoet en blijft voldoen aan de landelijke en regionale voorwaarden voor een meerjarige overeenkomst.

Indien van toepassing stemt de zorgaanbieder ook in met het experiment Persoonsvolgend inkoopmodel voor de Gehandicaptenzorg in de regio Rotterdam.

Ondertekening

De bestuurder(s), dan wel de gemachtigde namens de bestuurder(s) (bewijs van machtiging om voor de zorgaanbieder te mogen tekenen bijvoegen) verklaart (verklaren) de instemmingsverklaring naar waarheid te hebben ingevuld.

Naam (namen) bestuurder(s)/gemachtigde	
Datum	
Handtekening(en) bestuurder(s)/gemachtigde	