

Volmacht Zwv-pgb

Ondergetekende, _____ (verzekerdnummer: _____) machtigt hierbij _____ wonende _____ te _____, om namens ondergetekende alle (rechts)handelingen te verrichten, uitsluitend met betrekking tot het door Stad Holland Zorgverzekeraar aan ondergetekende toegekende dan wel nog toe te kennen pgb-Zwv. Hiermee geeft ondergetekende ook toestemming aan Stad Holland Zorgverzekeraar om voor de uitvoering van het voornoemde pgb-Zwv noodzakelijke informatie en persoonsgegevens, waaronder gegevens betreffende de gezondheid, uit te wisselen met de gevolmachtigde.

De gevolmachtigde gaat met ondertekening van deze volmacht akkoord met het feit dat hij/zij daarmee door Stad Holland Zorgverzekeraar mede verantwoordelijk wordt geacht voor de nakoming van de verplichtingen behorend bij het pgb zoals vastgelegd in het Reglement Zwv-pgb en, mede aansprakelijk kan worden gesteld voor gebreken in de nakoming van voornoemde verplichtingen.

Ondergetekende gaat er door ondertekening van deze volmacht mee akkoord dat hij/zij als budgethouder blijvend ook mede verantwoordelijk is voor de nakoming van de verplichtingen zoals genoemd in het Reglement Zwv-pgb en tevens blijvend ook mede aansprakelijk kan worden geacht voor gebreken in de naleving van het Reglement Zwv-pgb.

Deze machtiging wordt met ingang van ____ - ____ - ____ (datum) afgegeven voor de gehele duur van het pgb, tenzij ondergetekende deze volmacht op een eerder moment schriftelijk intrekt.

Budgethouder

Getekend te (woonplaats)

Handtekening budgethouder

Gevolmachtigde

Naam gevolmachtigde

Adres/woonplaats

Telefoonnummer

Handtekening

Handtekening gevolmachtigde
