Schuldbekentenis

Ondergetekende *(naam + adres van patiënt - eventueel kleefzegel van ziekenfonds)* verklaart ontvangen te hebben van dr. …………….….. *(naam)* een getuigschrift voor verstrekte hulp waarop de volgende nomenclatuurnummers voorkomen : ………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………..………………….…...

Ondergetekende verklaart dat het door de hoger genoemde tandarts aangerekende ereloon voor de hierboven omschreven geneeskundige zorgen voor een bedrag van

€ ………….. *(totaalbedrag van het ereloon)* niet werd vereffend.

Ondergetekende verbindt zich ertoe onverwijld met het getuigschrift voor verstrekte hulp bij zijn ziekenfonds de tegemoetkoming van de ziekteverzekering te innen en het verschuldigde ereloon over te maken aan genoemde tandarts, hetzij in speciën, hetzij door middel van een overschrijving en dit uiterlijk 20 / 30[[1]](#footnote-1)\* dagen na de ondertekening van dit ontvangstbewijs.

Te ………………….… *(plaats)*

de ……………………. *(datum)*

Handtekening en naam van de patiënt :

……………………………………………………………..

1. \* Omcirkel wat past. [↑](#footnote-ref-1)