Particuliere Tandheelkundige dekking Self Reliance (PTS)

Aanvrager (verzekeringsnemer):

Voorna(am: **Tussenpersoon ……**
#.....

Familienaam:

Adres: **District:**

Postadres: **District:**

Telefoon: **Fax:** **Email adres:**

Betalingswijze: (hokje van uw keuze aankruisen a.u.b.)

Per jaar	☐	**Per bank**	☐
Per half jaar	☐	**Per kas**	☐

Gegevens kandidaatverzekerde

Voornaam:

Familienaam:

Adres: **Telefoon:**

Geboortedatum: **Geslacht: (M/V)** **E-mail adres:**

Wie wenst u als tandarts? (Zie tandartsencollectief)

Tandarts	*Adres*	*Telefoon*	*Uw keus**
Drs. Alberga A.	Estreliastraat 48	430555	
Drs. Chin A Sen H.	Verl. Gemenelandsweg 65	498763	
Drs. Hoogvliets R.	Frederik Derbystraat 69	477693	
Drs. Hendrison L.	Flemmingstraat 29 (Par'bo) / Landingstraat 2 (Nick.)	459694 / 0232555	
Drs. Jessurun D.	Grote Hofstraat 10	472311	
Drs. Karsowidjojo C.	Jozef Israelstraat 46	551000	
Drs. Meyer A.	Verl. Gemenelandsweg 167	491741	
Drs. Nannanpanday-Ramawadhdoebe S.	Grote Hofstraat 10	472311	
Drs. Terborg R.	Rust en Werkweg 3	483380	
Drs. Vasconcellos G.S.	Heerenstraat 38	520522	

**** Slechts 1 keuze is mogelijk***

Datum: ..... **Handtekening aanvrager:** .....

Handtekening (kandidaatverzekerde): .....