

Declaratieformulier UMCG Ambulancezorg
Vergoeding verbruikskosten AED na reanimatie



Gegevens eigenaar AED	
Naam	
Adres	
Woonplaats	
Telefoonnummer	
WMG-zorgaanbieder	Ja Nee
IBAN-nummer	
Gegevens inzet AED	
Type AED	
Inzet datum	
Inzet adres (géén naam patiënt)	
Tijdstip inzet	
Ambulance aanwezig	Ja Nee
Gegevens te declareren kosten	
Omschrijving gedeclareerde kosten	
Totaal bedrag incl. btw	
Voeg een kopie van de door u betaalde kosten (factuur) voor vervanging toe als bijlage.	