

## **Aanmeldformulier lidmaatschap Huisartsencoöperatie West-Brabant U.A.**

*Op grond van artikel 4 lid 1 van de statuten kunnen leden van de coöperatie slechts zijn: praktijkhoudende huisartsen die werkzaam zijn in de regio West-Brabant en die middels een overeenkomst deelnemen aan ten minste één door Zorggroep West-Brabant B.V. georganiseerd zorgprogramma.*

Indien u zich aan wenst te melden als lid van Huisartsencoöperatie West-Brabant U.A. gelieve dit formulier volledig in te vullen en per post (Postbus 1121, 4700 BC Roosendaal) of per e-mail (info@zgwb.nl) te zenden aan Zorggroep West-Brabant BV.

1. **Naam** (gelieve uw volledige voornamen en achternaam in te vullen):

---

2. **Adres** (gelieve uw privé adres of praktijk adres in te vullen)

---

---

3. **Postadres** (gelieve het adres in te vullen waarop u de post van de coöperatie wenst te ontvangen)

---

---

4. **E-mailadres** (gelieve het adres in te vullen waarop u oproepingen voor ALV's en andere kennisgevingen en mededelingen aan de leden wenst te ontvangen)

---

Getekend te \_\_\_\_\_ op \_\_\_\_\_.

---

*handtekening*