

Departement

Locatie

**Basicursus centrale sterilisatie**

Ik betaal met opleidingscheques

**Identiteitsgegevens (volgens identiteitskaart)**

Naam																									
Voorna(a)m(en)																									
Geboorteplaats																									
Geboorteland (voor buitenland)																									
Geboortedatum							Nationaliteit																		
Burgerlijke staat																									
Naam echtgeno(o)t(e)																									

**Domicilie**

Straat																									
Postnummer													(Buitenlandse gemeente --> duidelijke postcode)												
Gemeente																									
Land																									
Telefoonnummer													GSM												
Rijksregisternummer																									
e-mail adres																									
Rekeningnummer :																									
Rekeninghouder :																									

**Algemene gegevens/Factuurgegevens**

Ziekenhuis/instelling																								
Adres																								
Postnr																								
Gemeente																								
Functie																								
Dienst																								

**Studieverleden**

Aard van het diploma	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> ,																							
----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datum :

Handtekening :