



## AANMELDINGSFORMULIER DIRECT INNEN (DINNEN)

Deelnemer : .....  
Contactpersoon : ..... M/V  
Adres : .....  
PC / Woonplaats : .....  
Telefoonnummer : .....  
E-mailadres : .....  
Mobielfnummer : .....  
Lid KNGF J/N KNGF Nummer.....

---

### 1. Praktijkvorm

- Eenmanszaak  
 Maatschap met gedeelde administratie  
 Maatschap met gescheiden administratie

BTW-plichtig  Nee  Ja, BTW nummer: .....

---

### 2. Praktijkgegevens

Praktijk Code : ..... Aantal behandelingen per jaar : .....

Totaal aantal therapeuten\*: .....

Debiteurnummer Intramed : .....

Declarerende personen (niet in loondienst):

Naam		AGB Code	
Naam		AGB Code	
Naam		AGB Code	
Naam		AGB Code	
Naam		AGB Code	

Voor elke declarerende AGB Code moet er een machtiging worden ingevuld en bij het contract worden bijgevoegd.

*\* Toetsing en toekenning vindt plaats op basis van het aantal afgegeven Intramed licenties.*

Paraaf .....

### 3. Betaling Vorderingen door D-Pay aan Deelnemer

Gekozen betalingstermijn  2 dagen  3 weken  6 weken

Uit te betalen op:

- Naam bank: .....
- Rekeningnummer: .....
- t.n.v. : ..... Plaats : .....

#### Ik wil de volgende gegevens boven mijn patiëntnota:

Praktijknaam	
Adres	
Postcode	
Plaats	
BTW nummer	
Lid van	
Lidnummer	

- Deelnemer wenst per ..... over Direct Innen (Dinnen) te beschikken;
- Deelnemer verleent (para)medische diensten en verkrijgt daarmee vorderingen op natuurlijke personen, verzekeraars en/of andere organisaties;
- Deelnemer gaat akkoord met bijbehorend Tarievenoverzicht en de Algemene Voorwaarden Direct Innen.
- Deelnemer machtigt D-Pay om de servicebijdrage per praktijk en per zorgaanbieder maandelijks van onderstaande rekening af te schrijven.

Plaats: .....

Datum: .....

Handtekening deelnemer

Handtekening D-Pay

Naam: .....

Naam: .....