

## **MACHTIGING**

**voor het aanvragen download medische gegevens**

### **Ondergetekende:**

Naam \_\_\_\_\_

Geboortedatum \_\_\_\_\_

### **machtigt:**

Naam \_\_\_\_\_

Geboortedatum \_\_\_\_\_

Handtekening:

Plaats & datum:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Inge vulde en ondergetekende machtiging kunt u per e-mail opsturen aan:  
dossieropvragen@slz.nl of per post aan:  
Centraal Medisch Archief MC Slotervaart, Postbus 90440, 1006 BK Amsterdam