Zorgaanbieder

**Naam:**  Typ naam

**Adres:**  Typ adres

**Postcode:** Typ adres

**Woonplaats:** Typ woonplaats

**Telefoonnummer:** Typ telefoonnummer

**AGB code:**  Typ AGB code

🞏 De zorgaanbieder verklaart dat hij in het productiejaar 2023 geen omzet heeft gehad voor inzet vanuit Wmo, betreffende gemeente(n):

 Typ de gemeente(n)

🞏 De zorgaanbieder verklaart dat hij in het productiejaar 2023 geen omzet heeft gehad voor inzet vanuit Jeugd, betreffende gemeente(n):

 Typ de gemeente(n)

(aankruisen wat van toepassing is MET vermelding naam gemeente(n))

Aldus naar waarheid ingevuld, gedagtekend en ondertekend te

Typ woonplaats op Kies datum

……………………………………………… …………………………….

(Plaats hier uw handtekening) (Plaats hier uw naam)