



TANDHEELKUNDIG CENTRUM  
ARNHEM NOORD

## Machtigingsformulier

Hierbij verklaar ik, (naam): \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Wonend: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(straat, huisnummer, postcode, woonplaats)

Ik machtig: (naam) \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Wonende: \_\_\_\_\_

(straat, huisnummer, postcode, woonplaats van gemachtigde)

om mij te vertegenwoordigen bij het maken van afspraken, wijzigen en aanpassen van mijn  
persoonsgegevens bij Tandheelkundig centrum Arnhem Noord.

Hoogachtend,

Plaats \_\_\_\_\_, Datum \_\_ - \_\_ - \_\_\_\_\_ Handtekening \_\_\_\_\_