|  |
| --- |
| Aanmelding |
| NPA-Certificering Apotheekhoudende Huisartsenpraktijk  én NHG-Praktijkaccreditering  voor praktijk(en) op één adres |

Algemeen

|  |  |
| --- | --- |
| Met dit formulier meldt u zich met uw praktijk op één\* adres aan voor *NPA-Certificering Apotheekhoudende Huisartsenpraktijk* in combinatie met *Jaarlijkse NHG-Praktijkaccreditering met ondersteuning op maat.*  Meer informatie  Meer informatie vindt u op onze website [www.npacertificering.nl](http://www.npacertificering.nl).  NPA kunt u op werkdagen bereiken op telefoonnummer  088 022 0000, of per e-mail: [accountbeheer@praktijkaccreditering.nl](mailto:accountbeheer@praktijkaccreditering.nl).  \* Heeft u praktijken op meerdere adressen? Neem dan contact op via [accountbeheer@praktijkaccreditering.nl](mailto:accountbeheer@praktijkaccreditering.nl). U krijgt dan gelijk advies op maat voor de aanmelding. | Onderteken het ingevulde formulier en stuur het naar accountbeheer@praktijkaccreditering.nl of per ongefrankeerde post naar:  NPA b.v.  Antwoordnummer 6293  3500 VC Utrecht  U ontvangt een bevestiging van uw aanmelding met een machtigings­formulier voor incasso van de deelnamekosten. |

## Gegevens praktijk

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Betreft uw aanmelding praktijk(en) op meerdere locaties? | * Nee, vul dan onderstaand formulier in. * Ja, dan heeft u een ander formulier nodig. Vraag dit op bij NPA. | | |
| (Gezamenlijke) Naam praktijk voor certificering |  | | |
| Adres |  | | |
| Postcode en plaats |  | | |
| Provincie |  | | |
| Telefoonnummer |  | | |
| Website |  | | |
| Postadres als afwijkend van praktijkadres: | | | |
| Adres |  | | |
| Postcode en plaats |  | | |
| KvK-nummer (indien er meerdere KvK-nummers zijn vul dan tabel 7 in) |  | | |
| AGB-code(s) praktijk(en) |  |  |  |
| AGB-code(s) praktijk(en) |  |  |  |
| Patiëntenaantal totaal |  | | |

## Gegevens coördinator

|  |  |
| --- | --- |
| Voorletters en achternaam van de persoon die de coördinator (aanspreekpunt) is voor NHG-Praktijkaccreditering |  |
| Functie coördinator |  |
| E-mailadres coördinator |  |

## Deelnemende huisartsen

Alle huisartsen (ook HIDHA’s en waarnemers) die zich bezighouden met de dagelijkse patiëntenzorg kunt u hieronder opgeven.

Andere praktijkmedewerkers kunt u later zelf aanmelden in MijnNPA.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr. | Voorletters | Achternaam | BIG-nummer | AGB-code | Persoonlijk e-mailadres voor inloggegevens MijnNPA  *(wordt alleen gebruikt voor registratie MijnNPA)* | Patiënten-aantal op naam | Praktijk-houder | Apotheek-  houdend |
| 1 |  |  |  |  |  |  | ja / nee | ja / nee |
| 2 |  |  |  |  |  |  | ja / nee | ja / nee |
| 3 |  |  |  |  |  |  | ja / nee | ja / nee |
| 4 |  |  |  |  |  |  | ja / nee | ja / nee |
| 5 |  |  |  |  |  |  | ja / nee | ja / nee |
| 6 |  |  |  |  |  |  | ja / nee | ja / nee |
| 7 |  |  |  |  |  |  | ja / nee | ja / nee |
| 8 |  |  |  |  |  |  | ja / nee | ja / nee |
| 9 |  |  |  |  |  |  | ja / nee | ja / nee |
| 10 |  |  |  |  |  |  | ja / nee | ja / nee |
| 11 |  |  |  |  |  |  | ja / nee | ja / nee |
| 12 |  |  |  |  |  |  | ja / nee | ja / nee |
| 13 |  |  |  |  |  |  | ja / nee | ja / nee |
| 14 |  |  |  |  |  |  | ja / nee | ja / nee |
| 15 |  |  |  |  |  |  | ja / nee | ja / nee |

## Certificatie

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Is uw praktijk eerder gecertificeerd (geweest) voor huisartsgeneeskundigezorg en/of farmaceutische patiëntenzorg door een andere certificeerder? | * Ja | * Nee |
| Wanneer uw praktijk gecertificeerd is kan de pre-audit mogelijk worden overgeslagen. Wilt u dat?  Zo ja, stuur uw laatste auditrapport mee ter beoordeling of pre-audit overgeslagen kan worden. | * Ja | * Nee |

## Contractgegevens

|  |  |
| --- | --- |
| Voorletters en achternaam ondertekenaar van de overeenkomst NHG-Praktijkaccreditering/NPA-Certificering Apotheekhoudende Huisartsenpraktijk |  |
| Functie ondertekenaar |  |
| E-mailadres voor facturen | |

## Ondertekening

*Met de ondertekening verklaart de ondertekenaar bevoegd te zijn om namens de praktijk en de deelnemende huisartsen te ondertekenen.*

Indien er meer KvK-inschrijvingen bij de overeenkomst zijn betrokken, is aanvullende ondertekening nodig. Gebruik daarvoor tabel 7.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum | Plaats | Handtekening  Achternaam |

## Ondertekening overige betrokkenen

Deze tabel altijd invullen indien er meer KvK-inschrijvingen bij de overeenkomst betrokken zijn.

|  |  |
| --- | --- |
| Voorletters en achternaam medeondertekenaar van de overeenkomst |  |
| Functie ondertekenaar |  |
| KvK-nummer |  |
| Handtekening |  |
| Voorletters en achternaam medeondertekenaar van de overeenkomst |  |
| Functie ondertekenaar |  |
| KvK-nummer |  |
| Handtekening |  |
| Voorletters en achternaam medeondertekenaar van de overeenkomst |  |
| Functie ondertekenaar |  |
| KvK-nummer |  |
| Handtekening |  |