



Afmeldformulier

Afmelden waarnemend huisarts

1. Deelnemersgegevens

Relatienummer _____

Naam huisarts _____

Laatste werkdag _____

2. Uitschrijving bij Kamer van Koophandel

Wij vragen u een kopie van uw uitschrijving bij de Kamer van Koophandel mee te sturen. Daarnaast vragen wij u onderstaande verklaring in te vullen en te ondertekenen.

3. Verklaring Beëindiging Deelname

Hiermee verklaar ik, _____, huisarts,

geboren op _____ en wonende te _____,

dat ik met ingang van _____ niet meer werkzaam ben als waarnemend huisarts.

Ik verklaar dat met ingang van deze datum:

1. Geen inkomen meer als waarnemend huisarts ontvang, met uitzondering van inkomen als gevolg van werkzaamheden die voor _____ zijn verricht.
2. Mijn contracten als waarnemend huisarts zijn beëindigd.

Ik verklaar dat met ingang van deze datum:

Ik niet werkzaam ben als vrijgevestigd huisarts, huisarts in dienstverband of huisarts in een BV (directeur groot aandeelhouder (DGA))

Ik werkzaam ben als vrijgevestigd huisarts (zie punt 4 van dit formulier)

Ik werkzaam ben als huisarts in dienstverband (zie punt 4 van dit formulier)

Ik werkzaam ben als huisarts in een BV (directeur groot aandeelhouder (DGA)) (zie punt 4 van dit formulier)

S.v.p. aankruisen wat van toepassing is.

4. Aanmelden als huisarts

Als u bij punt 3 van dit formulier heeft aangekruist dat u nog werkt als huisarts in dienstverband of als DGA moet u zichzelf opnieuw bij ons aanmelden. Wij vragen u hiervoor gebruik te maken van het aanmeldformulier.

Als u bij punt 3 van dit formulier heeft aangekruist dat u nog werkt als vrijgevestigd huisarts vragen wij u naast uw afmelding ook het formulier 'wijziging waarnemer naar vrijgevestigd' in te vullen en op te sturen.

Als u in de toekomst weer als huisarts gaat werken moet u zichzelf opnieuw aanmelden bij SPH.

5. Ondertekening

Datum en plaats

Handtekening

U kunt dit formulier ingevuld en ondertekend opsturen via het contactformulier op de website:

www.huisartsenpensioen.nl/service-en-contact/contact/formulier