



## Overeenkomst maatschappelijke ondersteuning

Stichting Zorgfederatie Oldenzaal gevestigd te Oldenzaal, bij het aangaan van deze overeenkomst vertegenwoordigd door mevrouw drs. R.A. Bergman (Directeur Bestuurder) hierna te noemen: de zorgaanbieder

en

Naam : .....  
geboortedatum : .....  
  
BSN nummer : .....  
adres : .....  
postcode en woonplaats : .....  
IBANnummer : .....

hierna te noemen: de cliënt

verklaren het volgende te zijn overeengekomen:

1. De overeenkomst heeft betrekking op:

- |                                            |                                            |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Begeleiding          | <input type="radio"/> Vervoer              |
| <input type="radio"/> Kortdurende verblijf | <input type="radio"/> Aanvullende diensten |
| <input type="radio"/> Dagbesteding         |                                            |

2. Deze overeenkomst gaat in op ..... en is geldig voor de duur van de afgegeven indicatie(s)

De afspraken die wij met u hebben gemaakt over de door ons te verlenen zorg liggen vast in:

- deze overeenkomst maatschappelijke ondersteuning
- de algemene voorwaarden maatschappelijke ondersteuning

Oldenzaal, .....

Uw handtekening

.....

Handtekening vertegenwoordiger  
Naam vertegenwoordiger

.....

Handtekening zorgaanbieder

Mw. drs. R.A.Bergman