# Zelfverklaring vervangingsplan

## *(voor de zorgverlener)*

|  |  |
| --- | --- |
| Naam:  | Datum:  |
| Verklaart samen te werken met de volgende zorgverleners om de continuïteit van zorg bij afwezigheid te garanderen |
| Naam vervanger | Bedrijfsnaam | Telefoon | Email |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |