

ANTWOORDFORMULIER
voor het **artslidmaatschap**
van de Raad van Aangeslotenen van de St. WAA

Met donkere pen invullen a.u.b.

1. Naam (met titels):
Voornaam.....
Postadres
Postcode en woonplaats
Telefoon: Fax:
E-mail:
Geboortedatum: MAN / VROUW
2. Van welk jaar is Uw artsendiploma?.. ..
3. Hebt U zich nadien gespecialiseerd?
4. Bent U behandelend werkzaam (geweest)? JA / NEE
als..... van..... tot
5. Vervult U momenteel werkzaamheden met betrekking tot de vergoeding van
personenschade? JA / NEE
6. Kunt U een omschrijving geven van deze werkzaamheden?
.....
.....
.....
7. Uit welke beroepsgroepen bestaan Uw opdrachtgevers?
.....
.....
.....
8. Staat U wel een aansprakelijkheidsverzekeraars en/of daarmee gelijk te stellen
partijen bij? (NB. daaronder valt dus niet het verrichten van expertises op
gemeenschappelijk verzoek van een belangenbehartiger van een slachtoffer en een
verzekeraar.) JA / NEE

9. Kunt U referenties verstrekken, bij voorkeur binnen de WAA? (invulling niet verplicht)

.....
.....
.....

10. Bent U ook anders dan medische gekwalificeerd? (bijv. juridisch)

.....

(NB. als U een curriculum vitae mee stuurt waarin de vragen 2 t/m 5 en 11
beantwoord worden hoeft u ze op dit formulier niet te beantwoorden).

11. Verricht U bij de behandeling van personenschade ook andere werkzaamheden als
medisch adviseren en/of medisch expertiseren? JA / NEE

12. Indien vraag 12 met JA wordt beantwoord, welke zijn dan deze werkzaamheden?

.....
.....
.....

13. Hoe c.q. door wie is Uw belangstelling gewekt voor het lidmaatschap van de WAA?

.....

Aldus naar waarheid ingevuld en ondertekend

te d.d.

naam

handtekening

.....

*Gaarne verzenden aan de Werkgroep Artsen Advocaten,
Secretariaat, Postbus 21, 3940 AA DOORN
of per e-mail naar info@waa.nl.
Uw formulier wordt vertrouwelijk behandeld.
Voor vragen kunt u telefonisch contact opnemen via 0343-420419*