

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

1. Naam (met titels): .....  
Voornaam:.....  
Postadres:.....  
Postcode en woonplaats: .....  
Telefoon: .....  
E-mail: .....  
Geboortedatum: ..... MAN / VROUW
2. Bent u als behandelend arts werkzaam (geweest)? JA / NEE  
als..... van..... tot .....
3. Wilt u een (beknopt) cv bijvoegen?
4. Vervult u momenteel werkzaamheden met betrekking tot de behandeling van  
personenschade? JA / NEE
5. Uit welke beroepsgroepen bestaan uw opdrachtgevers? .....  
.....  
.....
6. Staat u wel eens 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
7. Kunt u referenties verstrekken, bij voorkeur binnen de WAA? (invulling niet verplicht)  
.....  
.....  
.....
8. Bent u ook anders dan medisch gekwalificeerd? (bijv. juridisch).....  
.....

9. Verricht u bij de behandeling van personenschade ook andere werkzaamheden dan medische advisering en/of medische expertises? JA / NEE

10. Indien vraag 9 met JA wordt beantwoord, welke zijn dan deze werkzaamheden?

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

11. Hoe of 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](mailto:info@waa.nl).  
Uw formulier wordt vertrouwelijk behandeld.  
Voor vragen kunt u telefonisch contact opnemen via 0343-420419.*