

# DECLARATIEFORMULIER PGB

Op dit formulier noteert u het aantal gewerkte uren van uw zorgverlener met het uurtarief. Dit is voor uw eigen administratie.



Declaratie over de maand:

Naam zorgverlener / instelling

Sofinummer/BTW nummer

## Urenoverzicht

Dag	Aantal uren	Uurtarief	Totaal per dag
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			

Dag	Aantal uren	Uurtarief	Totaal per dag
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
Totaal maandbedrag:			

Totaal maandbedrag: €

Reiskosten vergoeding: €

Overige vergoeding: €

Totaal te betalen €

Gegevens budgethouder

Naam:

Sofinummer:

Handtekening zorgverlener

**Van goede zorg verzekerd**

De functie van Zorgkantoor wordt uitgevoerd door CZ