



Te sturen aan:

**Isala**  
**T.a.v. Zorgfacturatie**  
**Postbus 10400**  
**8000 GK Zwolle**

e-mail: [facturatie@isala.nl](mailto:facturatie@isala.nl)  
(038) 424 22 16

**Betreft:**     Zwolle    Meppel    Kampen    Heerde    Steenwijk

**Uw gegevens:**

Naam: \_\_\_\_\_

BSN-nummer: \_\_\_\_\_

Geboorte datum: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode: \_\_\_\_\_ Woonplaats: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_ E-mailadres: \_\_\_\_\_

Onderstaand kunt u aangeven van welke opnameperiode (eventueel dagopname) en/of polikliniekbezoek u een bewijs wilt ontvangen:

Opname c.q. dagopname

Van welk jaar/jaren: \_\_\_\_\_

Van welke periode(s): \_\_\_\_\_

Polikliniekbezoek

Van welk jaar/jaren: \_\_\_\_\_

Van welke periode(s): \_\_\_\_\_

Nadat uw gegevens zijn ontvangen worden deze geverifieerd en in behandeling genomen.

U kunt binnen een week bericht verwachten van de zorgfacturatie.

Datum: \_\_\_\_\_

Plaats: \_\_\_\_\_

Handtekening: