**Verklaring werkzaamheden als openbaar apotheker niet in loondienst**

1. **Gegevens van de belastingadviseur/administrateur/accountant**

Naam:

Beroep:

Naam praktijk:

Adres:

Postcode en vestigingsplaats:

Emailadres:

Telefoonnummer:

Inschrijfnummer KvK:

1. **Gegevens openbaar apotheker**

Naam:

Adres en huisnummer:

Postcode:

Woonplaats:

Geboortedatum:

BIG-nummer:

Naam huidige werkadres:

Adres:

Postcode en vestigingsplaats:

**3. Totaal aantal gewerkte uren**

Kalenderjaar:  
Aantal gewerkte weken/periode van (datum) tot datum  
Aantal gewerkte uren (totaal per jaar/per periode/per week\*)

Kalenderjaar:  
Aantal gewerkte weken/periode van (datum) tot datum  
Aantal gewerkte uren (totaal per jaar/per periode/per week\*)

Kalenderjaar:  
Aantal gewerkte weken/periode van (datum) tot datum  
Aantal gewerkte uren (totaal per jaar/per periode/per week\*)

Kalenderjaar:  
Aantal gewerkte weken/periode van (datum) tot datum  
Aantal gewerkte uren (totaal per jaar/per periode/per week\*)

Kalenderjaar:  
Aantal gewerkte weken/periode van (datum) tot datum  
Aantal gewerkte uren (totaal per jaar/per periode/per week\*)

\*doorhalen wat niet van toepassing is

1. **Ondertekening**

Hierbij verklaar ik, de onder 2 bedoelde openbaar apotheker niet in loondienst, dat ik werkzaam ben geweest als openbaar apotheker in de onder 3 genoemde periode. Ik stem er mee in dat de SRC-OF contact met mij opneemt om een en ander te verifiëren.

Naam:

Handtekening:

Plaats: Datum:

Als belastingadviseur / administrateur / accountant van ………………………………….

Verklaar ik dat bij ons geen feiten en omstandigheden bekend zijn die ons doen twijfelen aan de juistheid van de door de apotheker verstrekte opgave. Deze opgave is door ons echter niet gecontroleerd.

Wij baseren ons hierbij op onze klantkennis, waaronder onder meer het loon dat de betreffende apotheker ontvangt van zijn werkgever, het feit dat de apotheek door zorgverzekeraars wordt gecontracteerd alsmede de omstandigheid dat wij in de betreffende jaren de apotheker regelmatig telefonisch op de apotheek hebben bereikt dan wel ter plekke hebben ontmoet.

Ik stem er mee in dat de SRC-OF contact met mij opneemt om een en ander te verifiëren.

Naam:

Handtekening:

Plaats:                                                                                                                                Datum:

Alleen een volledig en ondertekend formulier kan in aanmerking worden genomen.  
Het verstrekken van onjuiste inlichtingen kan (strafrechtelijke) consequenties hebben.