

# OVEREENKOMST HUISARTSOPLEIDER

Ondergetekenden:

De SBOH, werkgever van artsen in opleiding, gevestigd te Utrecht, hierna te noemen de SBOH en

<<C Naam>>

<<C Postadres>>

<<C Postcode>> <<C Plaats[Caps]>>

hierna te noemen huisartsopleider, komen als volgt overeen:

## ARTIKEL 1

De opleidersovereenkomst vangt aan op <<datum>> voor bepaalde tijd, namelijk voor de duur van de RGS-erkenning als opleider. De huisartsopleider heeft eveneens een overeenkomst met het opleidingsinstituut van de universiteit/het universitair medisch centrum, krachtens welke de huisartsopleider kan worden ingezet voor het praktisch onderwijs aan de aios huisartsgeneeskunde.

## ARTIKEL 2

De huisartsopleider respecteert de arbeidsvoorwaarden van de aios conform de CAO SBOH zoals deze luidt of zal komen te luiden. De huisartsopleider draagt er zorg voor dat de Risico Inventarisatie en Evaluatie van de praktijk actueel is.

## ARTIKEL 3

De Mantelovereenkomst Huisartsopleider zoals deze luidt of zal komen te luiden, is op deze opleidersovereenkomst van toepassing. Uit hoofde van deze opleidersovereenkomst ontvangt de huisartsopleider een onkostenvergoeding zoals opgenomen in de mantelovereenkomst. De mantelovereenkomst is te raadplegen op: [www.sboh.nl](http://www.sboh.nl). De huisartsopleider verklaart een exemplaar hiervan te hebben ontvangen.

## ARTIKEL 4

De opleidersovereenkomst eindigt wanneer de overeenkomst tussen de huisartsopleider en opleidingsinstituut wordt beëindigd of wanneer de erkenning als opleider vervalft of wordt ingetrokken.

Aldus overeengekomen en in tweevoud ondertekend,

Namens de SBOH

De huisartsopleider

.....

.....

Datum ondertekening: .....

Datum ondertekening: .....

## GEGEVENS BIJ OVEREENKOMST HUISARTSOPLEIDER

Is onderdeel van de overeenkomst. Gaarne terugsturen samen met de ondertekende overeenkomsten.

*(Graag aanvullen in blokletters)*

Voorletters en naam :

Naam praktijk/gezondheidscentrum:

Praktijkadres (geen postbusnummer):

Postcode en woonplaats:

Telefoonnummer praktijk:

Emailadres:

BIG-nummer:

Burgerservicenummer (sofinummer):

Geboortedatum:

.. - .. - .....

Indien gewenst: correspondentieadres

Postcode en plaats:

Praktijk geaccrediteerd / of bezig met  
accréditering?

nee

ja,

sinds:

door:

Indien van toepassing naam werkgever\*:

Adres:

Postcode en plaats:

*\* Toelichting bij deze vraag: De SBOH is verplicht aan de Belastingdienst opgave te doen van aan derden betaalde bedragen, tenzij de vergoeding wordt betaald aan een instelling (of uw werkgever).*

IBAN (International Bank Account No):

BIC code (Bank Identifier Code):

Ten name van:

Naam opleidingsinstituut:

Aangesloten bij een huisartsenpost?

ja, naam:

nee, n.v.t. (waarneemgroep)

Handtekening huisartsopleider:

Datum ondertekening:

.. - .. - .....