

LM Oost-Vlaanderen  
Dienst uitkeringen  
Brabantdam 109  
9000 Gent

**Uw kenmerk**

**Contactpersoon**  
Dienst uitkeringen

**Datum**

**Uitkeringsverzekering voor zelfstandigen**  
**Bericht van arbeidshervatting**

Door de gerechtigde aan de adviserend geneesheer af te geven of terug te zenden binnen 48 uur na het einde van de arbeidsongeschiktheid.

**1. Identificatie**

Naam en voornaam van de gerechtigde:

Adres van de gerechtigde:

Rijksregisternummer:

**2. Verklaring**

De ondergetekende

zelfstandige

meehelpende echtgenoot

(Een kruisje in het desbetreffend vakje aanbrengen)

deelt de adviserend geneesheer mee een beroepsactiviteit te hebben hervat  
vanaf ...../...../.....

Datum:

Handtekening van de zelfstandige: