Änderungsmeldung

Bzgl. der Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung in Bayern gemäß § 73 b SGB V

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Praxisdaten und Qualitätsmerkmale mit.

Füllen Sie die mit * gekennzeichneten Felder in der Spalte "Bisherige Daten" in jedem Fall vollständig aus, damit wir Sie identifizieren können.



Per Fax an die HÄVG RZ GmbH in Köln 01805/00 24 25 419	
Bisherige Daten	Geänderte Daten
Name der Praxis/Name des Arztes*	Name der Praxis/Name des Arztes
	Gültig ab
Adresse*	Adresse
	Gültig ab
Straße & Hausnummer PLZ	Straße & Hausnummer PLZ
Ort	Ort
Telefonnummer /	Telefonnummer
Fax / / /	Fax / / /
E-Mail	E-Mail
Bankverbindung	Bankverbindung Gültig ab
IBAN	IBAN
BIC	BIC
Kontoinhaber	Kontoinhaber

LANR/BSNR	LANR/BSNR
Gültig bis LANR BSNR	Gültig ab LANR BSNR
Evtl. N-BSNR und dazugehörende Adresse	Evtl. N-BSNR und dazugehörende Adresse
NBSNR 1 Gültig bis	NBSNR 1 Gültig ab
Straße & Hausnummer PLZ Ort	Straße & Hausnummer PLZ Ort
NBSNR 2 Gültig bis	NBSNR 2 Gültig ab
Straße & Hausnummer PLZ Ort Haben Sie weitere NBSNR, füllen Sie bitte ein weiteres Formular aus.	Straße & Hausnummer PLZ Ort Haben Sie weitere NBSNR, füllen Sie bitte ein weiteres Formular aus.
Zugelassener Hausarzt in*: ☐ Einzelpraxis ☐ Gemeinschaftspraxis (BAG) ☐ MVZ ☐ Praxisgemeinschaft	Zugelassener Hausarzt in*: □ Einzelpraxis □ Gemeinschaftspraxis (BAG) □ MVZ □ Praxisgemeinschaft
Hiermit versichere ich, dass die oben gemachten An	ngaben vollständig und wahrheitsgemäß sind.
	Unterschrift des Arztes und Vertragsarztstempel