Änderung der Kontoverbindung
zu den Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung in Westfalen-Lippe gemäß § 73 b SGB V

per E-Mail an hzv@hausaerzteverband-wl.de

HAUSÄRZTEVERBAND Westfalen-Lippe

HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG

1. Stammdaten Arzt

☐ angestellte/r Arzt/Ärztin ☐ kassenärztlich tätig

☐ Einzelpraxis ☐ MVZ ☐ Praxisgemeinschaft ☐ Gemeinschaftspraxis (BAG)

☐ Herr ☐ Frau | Titel | LANR | BSNR | HÄVG-ID

Nachname | Vorname

Straße | Hausnummer

PLZ | Ort:

2. Änderung der Kontoverbindung für alle Zahlungen der HZV-Verträge zum _____ (Quartalsbeginn eintragen)

3. Neue Kontoverbindung

Kontoinhaber

IBAN

Kreditinstitut

Unterschrift Vertragsarzt, Anstellender Arzt*, ärztlicher Leiter MVZ*
(* betrifft die Kontoänderung HZV-Zahlungen von angestellten Ärzten, muss zusätzlich der anstellende Arzt bzw. der ärztliche Leiter des MVZ das Formular unterschreiben)

Datum (TT.MM.JJJJ)

Stempel der Arztpraxis