

Wijzigingsformulier voor het doorgeven van een financieel nummer



Vul dit formulier in en stuur het op naar Menzis.
Ons adres is: t.a.v. Contractbeheer/OVK, Postbus 640, 7500 AP ENSCHEDE
Email: info-ovk@menzis.nl, fax: (0317) 455 918

Praktijkgegevens

Beroepsgroep	<input type="text"/>
AGB Praktijknummer(s)	<input type="text"/>
Naam praktijk	<input type="text"/>
Rekeningnummer van de praktijk	<input type="text"/>
Ingangsdatum	<input type="text"/> Dit kan niet met terugwerkende kracht
Tenaamstelling rekeningnummer	<input type="text"/>
Telefoonnummer	<input type="text"/>
E-mailadres	<input type="text"/>

Zorgaanbieder 1

Naam zorgverlener	<input type="text"/>
Persoonlijk AGB nummer	<input type="text"/>
Rekeningnummer zorgverlener	<input type="text"/>
Tenaamstelling rekeningnummer	<input type="text"/>

Rekeningnummer koppelen aan*:

Zorgverlenernummer (als u de declaraties op uw eigen rekeningnummer (als **zorgverlener**) betaald wilt hebben)

Praktijknummer (als u de declaraties op het rekeningnummer van de **praktijk** betaald wilt hebben)

Let op. Heeft uw praktijk meerdere praktijkhouders? Dan dienen zij ieder dit formulier in te vullen en te ondertekenen.

Ondertekening

Datum

Handtekening praktijkhouder

Zorgaanbieder 2

Naam zorgverlener	<input type="text"/>
Persoonlijk AGB nummer	<input type="text"/>
Rekeningnummer zorgverlener	<input type="text"/>
Tenaamstelling rekeningnummer	<input type="text"/>

Rekeningnummer koppelen aan*:

Zorgverlenernummer (als u de declaraties op uw eigen rekeningnummer (als **zorgverlener**) betaald wilt hebben)

Praktijknummer (als u de declaraties op het rekeningnummer van de **praktijk** betaald wilt hebben)

Ondertekening

Datum

Handtekening praktijkhouder

* Aankruisen wat van toepassing is.

Zorgaanbieder 3

Naam zorgverlener

Persoonlijk AGB nummer

Rekeningnummer zorgverlener

Tenaamstelling rekeningnummer

Rekeningnummer koppelen aan*:

Zorgverlenersnummer (als u de declaraties op uw eigen rekeningnummer (als **zorgverlener**) betaald wilt hebben)

Praktijknummer (als u de declaraties op het rekeningnummer van de **praktijk** betaald wilt hebben)

Ondertekening

Datum

Handtekening praktijkhouder

Zorgaanbieder 4

Naam zorgverlener

Persoonlijk AGB nummer

Rekeningnummer zorgverlener

Tenaamstelling rekeningnummer

Rekeningnummer koppelen aan*:

Zorgverlenersnummer (als u de declaraties op uw eigen rekeningnummer (als **zorgverlener**) betaald wilt hebben)

Praktijknummer (als u de declaraties op het rekeningnummer van de **praktijk** betaald wilt hebben)

Ondertekening

Datum

Handtekening praktijkhouder

* Aankruisen wat van toepassing is.