**Aanmelding Geschillencommissie EZa en doorlopende machtiging**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Uw gegevens** | | |
| Naam zorgaanbieder: |  | |
| AGB-code instelling: |  | |
| Adres: |  | |
| Postcode + plaats: |  | |
| Land |  | |
| Incassant ID: | NL13ZZZ301844780000 | |
| Kenmerk machtiging: | Jaarbijdrage Geschillencommissie EZa | |
| Reden betaling: | Aanmelding bij Geschillencommissie EZa, in het kader van de Wkkgz | |
| Contactpersoon: |  | M/V |
| Vast telefoonnummer: |  | |
| Mobiel telefoonnummer klachtenfunctionaris: |  | |
| E-mailadres: |  | |

|  |
| --- |
| **Bedrag afschrijving** |
| De jaartarieven van de geschillencommissie staan op de website Geschillencommissie-EZa.nl  De hoogte van de afschrijving is afhankelijk van het aantal deelnemers dat u inschrijft. Hiervoor vult u de bijlage Aanmelden zorgverleners in.  Elke aanmelding wordt afzonderlijk beoordeeld, pas nadat u een bevestigingsbrief van ons ontvangt is uw aanmelding definitief. |

|  |
| --- |
| **Machtiging** |
| Door ondertekening van dit formulier geeft u toestemming aan de **Geschillencommissie EZa** om doorlopende incasso-opdrachten te sturen naar uw bank om een bedrag van uw rekening af te schrijven en aan uw bank om doorlopend een bedrag van uw rekening af te schrijven overeenkomstig de opdracht van de **Geschillencommissie EZa**.  Als u het niet eens bent met deze afschrijving kunt u deze laten terugboeken. Neem hiervoor binnen 8 weken na afschrijving contact op met uw bank. Vraag uw bank naar de voorwaarden. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ondertekening** | |
| Naam: |  |
| Adres: |  |
| Postcode + plaats: |  |
| Land: |  |
| IBAN: |  |
| BIC:  (niet verplicht veld bij Nederlandse IBAN) |  |
| Plaats en datum: |  |
| Handtekening: |  |

**Bijlage: aanmelden zorgverleners**

|  |
| --- |
| **Deelnemende zorgverleners:** |
| In het onderstaande formulier kunt u als zorgaanbieder de zorgverleners invullen die u wilt aanmelden bij de Geschillencommissie EZa. Alleen geschillen van zorgverleners die aangemeld waren ten tijde van de behandeling waarop een geschil van toepassing is, worden in behandeling genomen. De zorgaanbieder is zelf verantwoordelijk voor het tijdig aanmelden van nieuwe zorgverleners. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Naam zorgverlener:** | **Specialisme/professie:** | **BIG-nr:** (indien van toepassing) |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |
| 7. |  |  |  |
| 8. |  |  |  |
| 9. |  |  |  |
| 10. |  |  |  |
| 11. |  |  |  |
| 12. |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Paraaf** |
| Deze bijlage is onderdeel van het aanmeldingsformulier:  Doorlopende machtiging, t.b.v. Geschillencommissie EZa.  Naam: ………………………………………………  Datum: ... / ... / ... ... Paraaf: |

Beide formulieren kunt u op de volgende manieren retourneren:

* Per aanmeldformulier op de website
* Per e-mail:

info@geschillencommissie-EZa.nl

* Per post:

Geschillencommissie EZa

Zusterplein 22

3703 CB Zeist