**Wijzigingsformulier deelnemers Geschillencommissie EZa**

|  |
| --- |
| **Uw gegevens** |
| Naam zorgaanbieder: |   |
| AGB-code instelling: |   |
| Adres: |   |
| Postcode + plaats: |   |
| Land |   |
| Contactpersoon: |   |

**Aanmelden zorgverleners bij de Geschillencommissie EZa:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Naam zorgverlener:** | **Specialisme/professie:** | **BIG-nr:** (indien van toepassing) | **Per datum:** |
| 1. |   |   |   |   |
| 2. |   |   |   |   |
| 3. |   |   |   |   |
| 4. |   |   |   |   |

**Afmelden zorgverleners bij de Geschillencommissie EZa:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Naam zorgverlener:** | **BIG-nr:**(indien van toepassing) | **Per datum:** |
| 1. |   |   |   |
| 2. |   |   |   |
| 3. |   |   |   |
| 4. |   |   |   |

**Deelname per kalenderjaar:**

Deelname van een zorgverlener is wegens administratiekosten altijd voor een heel kalenderjaar. Een zorgverlener die wordt aangemeld is aangesloten per 1 januari van datzelfde jaar. Voor een zorgverlener die wordt afgemeld bestaat geen restitutie mogelijkheid.

|  |
| --- |
| **Ondertekening** |
| Bij deze wil ik de bovenstaande wijzigingen doorgeven.Naam: ………………………………………………Datum: ... / ... / ... ... Handtekening: |

Dit formulieren retourneren aan: Geschillencommissie EZa

 Zusterplein 22

 3703 CB Zeist

 Of

 info@geschillencommissie-EZa.nl