**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