

Wijzigingsformulier voor het doorgeven van een IBAN-nummer



Vul dit formulier in en stuur het op naar Menzis.

Team Operationele Zorginkoop WAG 33, Postbus 640, 7500 AP Enschede

Contactformulier o.v.v. Mutatie IBAN-nummer: <https://www.menzis.nl/zorgaanbieders/contact/formulier/stel-uw-vraag-online>

Praktijkgegevens

Beroepsgroep	<input type="text"/>
AGB Praktijknummer(s)	<input type="text"/>
Naam praktijk	<input type="text"/>
IBAN-nummer van de praktijk	<input type="text"/>
Ingangsdatum	<input type="text"/> Dit kan niet met terugwerkende kracht
Tenaamstelling IBAN-nummer	<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"/>
IBAN-nummer zorgverlener	<input type="text"/>
Tenaamstelling IBAN-nummer	<input type="text"/>

IBAN-nummer koppelen aan*:

Zorgverlenernummer (als u de declaraties op uw eigen IBAN-nummer (als **zorgverlener**) betaald wilt hebben)

Praktijknummer (als u de declaraties op het IBAN-nummer 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"/>
IBAN-nummer zorgverlener	<input type="text"/>
Tenaamstelling IBAN-nummer	<input type="text"/>

IBAN-nummer koppelen aan*:

Zorgverlenernummer (als u de declaraties op uw eigen IBAN-nummer (als **zorgverlener**) betaald wilt hebben)

Praktijknummer (als u de declaraties op het IBAN-nummer van de **praktijk** betaald wilt hebben)

Ondertekening

Datum

Handtekening praktijkhouder

* Aankruisen wat van toepassing is.

Zorgaanbieder 3

Naam zorgverlener

Persoonlijk AGB nummer

IBAN-nummer zorgverlener

Tenaamstelling IBAN-nummer

IBAN-nummer koppelen aan*:

Zorgverlenersnummer (als u de declaraties op uw eigen IBAN-nummer (als **zorgverlener**) betaald wilt hebben)

Praktijknummer (als u de declaraties op het IBAN-nummer van de **praktijk** betaald wilt hebben)

Ondertekening

Datum

Handtekening praktijkhouder

Zorgaanbieder 4

Naam zorgverlener

Persoonlijk AGB nummer

IBAN-nummer zorgverlener

Tenaamstelling IBAN-nummer

IBAN-nummer koppelen aan*:

Zorgverlenersnummer (als u de declaraties op uw eigen IBAN-nummer (als **zorgverlener**) betaald wilt hebben)

Praktijknummer (als u de declaraties op het IBAN-nummer van de **praktijk** betaald wilt hebben)

Ondertekening

Datum

Handtekening praktijkhouder

* Aankruisen wat van toepassing is.