

an die
Geschäftsstelle der
MGL Managementgesellschaft für Gesundheitsleistungen mbH
Binzstraße 51
13189 Berlin

Fax: 030 - 325 97 34 29

Änderungsmeldung Stammdaten Teilnahme Versorgungsverträge

(Achtung: Dieses Formular ist KEINE Teilnahmeerklärung!) Bitte GUT LESBAR (in Blockbuchstaben) ausfüllen!

▶ = Pflichtfelder (obligatorisch auszufüllen)

Änderung
bitte
ankreuzen:

▶ Alle Änderungen gültig ab (Datum):	_____			
▶ BSNR (alt)	_____			
BSNR (neu)	_____	<input type="radio"/>		
▶ LANR (alt)	_____			
LANR (neu)	_____	<input type="radio"/>		
Titel	_____	▶ Vorname	_____	
▶ Name (alt)	_____	Name (neu)	_____	<input type="radio"/>
Geburtsdatum	_____			
Name der Praxis (nur bei Gemeinschaftspraxen) (alt)	_____			<input type="radio"/>
Name der Praxis (nur bei Gemeinschaftspraxen) (neu)	_____			<input type="radio"/>
▶ PLZ u. Ort	_____			<input type="radio"/>
▶ Straße u. Hausnummer	_____			<input type="radio"/>
▶ Telefon	_____ / _____			<input type="radio"/>
2. Praxisnummer (Durchwahl nur für internen Gebrauch)	_____ / _____			<input type="radio"/>
▶ Fax	_____ / _____			<input type="radio"/>
E-Mail	_____			<input type="radio"/>
Mobil	_____ / _____			<input type="radio"/>
Privat:				
PLZ u. Ort	_____			<input type="radio"/>
Straße u. Hausnummer	_____			<input type="radio"/>
Telefon	_____ / _____			<input type="radio"/>
Änderung der Bankverbindung:				
Bankverbindung der Teilnahme an den Versorgungsverträgen der MGL (EINE Bankverbindung pro Praxis, für die Abwicklung der GESAMTEN Leistungen aus der genannten Vertragsarzt-/Praxisnummer):				
Bankname	_____			<input type="radio"/>
IBAN	_____			<input type="radio"/>
BIC	_____			<input type="radio"/>
Kontoinhaber (falls abweichend)	_____			<input type="radio"/>
DZVhÄ-Mitglied	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> beantragt	
Mitglied in einem anderen ärztlichen integrativ-medizinischem Fachverband (ggf. Nachweis beifügen)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> beantragt	
Nur DZVhÄ-Mitglieder: Das Konto aus der Einzugsermächtigung für die DZVhÄ-Mitgliedsbeiträge soll auch für die Auszahlungen aus den Versorgungsverträgen genutzt werden.			<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
▶ Praxisstempel	_____	▶ Datum	_____	
		▶ Unterschrift	_____	