Sächsischer Hausärztinnen-
und Hausärzteverband e.V.
im Deutschen Hausärzteverband

Änderungsmeldeformular

**Sächsischer Hausärztinnen-
und Hausärzteverband e. V.**
im Deutschen
Hausärzteverband e.V.

Königsbrücker Straße 49
01099 Dresden

Tel.: +49(351) 83384 168
Email: gs@hausarztsachsen.de
www.hausärzte.de

Ihre bisherigen Stammdaten:

Titel: _____ Name: _____ Vorname: _____

geb. am: _____

Anschrift (Praxis):

PLZ: _____ Ort: _____ Straße/Nr. _____

Tel.: _____ Fax: _____ E-Mail: _____

LANR: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ BSNR: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ NBSNR: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Bitte teilen Sie uns hiermit Änderungen Ihrer Stammdaten mit.

LANR: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ BSNR: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ NBSNR: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

IBAN: D E ☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐

BIC: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Kreditinstitut: _____

Sonstige Änderungen:

Titel: _____ Name: _____ Vorname: _____

PLZ: ☐☐☐☐☐ Ort: _____ Straße/Nr. _____

Tel.: _____ Fax: _____ E-Mail: _____

Weiterbildungsbefugnis: ja ☐ nein ☐

Statusänderung: _____. (Datum) AiW ☐ Niederlassung ☐ Anstellung _____ Stunden (Angabe der Arbeitszeit / Woche)

Praxisart: Einzelpraxis ☐ BAG ☐ PG ☐ MVZ ☐

Bemerkung: _____

Mit der Speicherung meiner Daten ausschließlich zu satzungsgemäßen Aufgaben erkläre ich mich einverstanden. Die Satzung unter www.hausarztsachsen.de und die Datenschutzhinweise ebenfalls unter www.hausarztsachsen.de habe ich zur Kenntnis genommen und erkenne diese mit meiner Unterschrift ausdrücklich verbindlich an.

_____
Datum Unterschrift des Arztes

_____
Praxisstempel

07/2022