



Änderungsmeldeformular

Ihre bisherigen Stammdaten:

Titel: _____ Name: _____ Vorname: _____
 geb. am: _____

Anschrift (Praxis):

PLZ: _____ Ort: _____ Straße/Nr. _____
 Tel.: _____ Fax: _____ E-Mail: _____
 LANR:
 BSNR:
 NBSNR:

Sächsischer Hausärztinnen- und Hausärzterverband e. V.
im Deutschen Hausärzterverband e.V.
Königsbrücker Straße 49
01099 Dresden
Tel.: +49(351) 83384 168
Email: gs@hausarzte.sachsen.de
www.hausarzte.sachsen.de

Bitte teilen Sie uns hiermit Änderungen Ihrer Stammdaten mit.

LANR:
 BSNR:
 NBSNR:
 IBAN:
 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.hausarzte.sachsen.de und die Datenschutzhinweise ebenfalls unter www.hausarzte.sachsen.de habe ich zur Kenntnis genommen und erkenne diese mit meiner Unterschrift ausdrücklich verbindlich an.

Datum _____ Unterschrift des Arztes _____

Praxisstempel _____

