

**Weiterführung der HZV-Verträge durch angestellte/n
Hausärztin/Hausarzt
in Braunschweig**



Bitte per E-Mail (praxisuebergabe@hzv.de) oder
Fax (01805 002425-601) an die HÄVG übermitteln

**Stammdaten anstellende/r Praxisinhaberin/Praxisinhaber / Vertretungsberechtigte/r für das MVZ
(inkl. Praxisadresse)**

Einzelpraxis Praxisgemeinschaft Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) MVZ

Herr Titel LANR

Frau

BSNR

Praxisname / Name BAG/ MVZ

HÄVG-ID (falls vorh.)

Nachname

Vorname

Straße

Hausnummer

PLZ Ort

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Faxnummer

Stammdaten angestellte/r Hausärztin/Hausarzt (inkl. Praxisadresse)

Herr Titel LANR

Frau

HÄVG-ID

Nachname

Vorname

Straße

Hausnummer

PLZ Ort

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Faxnummer

Handelt es sich bei der Praxis um eine Nebenbetriebsstätte? Ja Nein

BSNR (neu)

BSNR (alt/bisher)

LANR (angestellte/r Hausärztin/Hausarzt)

Hiermit bestätige ich (anstellende/r Praxisinhaberin/Praxisinhaber), dass mein/e zuvor genannte/r angestellte/r Hausärztin/Hausarzt weiterhin an den HZV-Verträgen teilnimmt. Mein/e angestellte/r Hausärztin/Hausarzt ist nicht als Sicherstellungs-/Entlastungsassistent/in in meiner Praxis beschäftigt (dann keine HZV-Fortführung möglich).

Das Anstellungsverhältnis gilt ab dem: Datum (TT/MM/JJ)

Bitte überweisen Sie das HZV-Honorar meiner/s angestellten Hausärztin/Hausarztes auf folgendes Konto:

Kontoinhaber/in:

Nachname

Vorname

IBAN:

BIC:

Die neue Kontoverbindung gilt ab folgendem

Quartal (QQ/JJJJ)

 /

*Alle Zahlungen, die das dort angegebene Quartal betreffen, werden auf die neue Bankverbindung überwiesen. Beachten Sie die zeitversetzte Auszahlung der Abschläge.

**Unterschrift anstellende/r
Praxisinhaber/in /**

Vertretungsberechtigte/r für das MVZ

Datum (TT.MM.JJ)

Stempel der Arztpraxis

**Unterschrift angestellte/r
Hausärztin/Hausarzt**