Wijzigen gegevens zorgverlener

Met dit formulier verandert u de gegevens van uw zorgverlener of zorginstelling. Wilt u andere wijzigingen regelen? Kijk hiervoor op onze website.

Upload het volledig ingevulde en ondertekende formulier bij 'contact' op www.zorgkantoorfriesland.nl/contactformulier.

1 Mijn gegevens (de persoon die zorg krijgt, dit noemen we de budgethouder)

Voorletter(s) | Tussenvoegsel(s) | Achternaam

Straatnaam | Huisnummer | Toevoeging

Postcode | Woonplaats

Geboortedatum (DD/MM/JJJJ) | Relatienummer zorgkantoor (9 cijfers en begint met 53)

Telefoonnummer | Mobiel nummer (waarop wij u mogen bellen)

E-mailadres

Burgerservicenummer

2 Wanneer gaat de wijziging in?

Ingangsdatum (DD/MM/JJJJ) van de wijziging.

3 Gegevens zorgverlener

Geef hieronder aan welke gegevens zijn veranderd.

(Let op: met dit formulier is het niet mogelijk om het KvK-nummer en/of AGB-code van een zorginstelling te wijzigen.

Geef een nieuw KvK-nummer en/of AGB-code door met een nieuwe zorgovereenkomst.).

Stap 1

Vul in om welk type zorgverlener het gaat:

◯ **Mijn zorgverlener is een partner of familielid**

Voorletter(s) | Tussenvoegsel | Achternaam

Geboortedatum (DD/MM/JJJJ) | Burgerservicenummer

◯ **Mijn zorgverlener is een ondernemer of zorginstelling**

Bedrijfsnaam | KVK-nummer

AGB-code | Vertegenwoordiger instelling

BIC code (als deze beschikbaar is)

Stap 2

Vul onderstaande gegevens in:

Straatnaam | Huisnummer | Toevoeging

Postcode | Plaatsnaam

Telefoonnummer | E-mailadres

Rekeningnummer (IBAN) (18 tekens) | Op naam van

4 Wie moet ondertekenen?

Uw zorgverlener en de pgb-beheerder. De persoon die uw budget beheert moet ondertekenen. Deze persoon is vertegenwoordiger in het pgb-portaal. Beheert u zelf uw pgb? Dan tekent u zelf. Heeft u een wettelijk vertegenwoordiger? Dan moet deze het formulier ondertekenen.

Datum van ondertekening (DD/MM/JJJJ)

Budgethouder		**PGB-beheerder**	
Handtekening		Handtekening	
Wettelijk vertegenwoordiger (als het van toepassing is)		**Zorgverlener**	
Handtekening		Handtekening	

Stuur het volledig ingevulde en ondertekende formulier naar Zorgkantoor Friesland.
U kunt het ingevulde formulier uploaden bij ‘contact’ op www.zorgkantoorfriesland.nl/contactformulier.
Of stuur het formulier naar Zorgkantoor Friesland, Postbus 730, 8901 BM Leeuwarden.

Wij verwerken uw persoonlijke gegevens in overeenstemming met het privacystatement (www.zorgkantoorfriesland.nl/privacyverklaring) van Zorgkantoor Friesland. Hierin leest u hoe wij omgaan met uw persoonsgegevens en welke rechten u heeft.