|  |  |
| --- | --- |
|  | **Änderungen in der Zusammensetzung bzw. in den Angaben einer Gruppierung mit Drittzahlerregelung** |

|  |
| --- |
| 1. **LIKIV-Nummer der Gruppierung:** …………………………………………….. |

*(Für die folgenden Punkte sind nur die anwendbaren Felder auszufüllen)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Änderung des Verantwortlichen:** | | |
| **Anfangsdatum des neuen Verantwortlichen:** | ……/……/………… | |
|  | **Ehemaliger Verantwortlicher** | **Neuer Verantwortlicher** |
| **Name und Vorname:** |  |  |
| **Nationalregisternummer:**  *(diese Nummer befindet sich auf der Rückseite Ihres Personalausweises). Sie sind nicht im Nationalregister eingetragen? In dem Fall ist Ihre Bisnummer anzugeben.* |  |  |
| **Ihre LIKIV-Nummer:**  *(auszufüllen wenn Sie Pflegeerbringer sind und über eine LIKIV-Nummer verfügen)* |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Änderung in den Angaben Ihrer Gruppierung:** | | |
|  | **ehemalige Angaben** | **neue Angaben** |
| **Name der Gruppierung:** |  |  |
| **ZDU-Nummer der Gruppierung:**  *(auszufüllen wenn Ihre Gruppierung vorher nicht über eine ZDU-Nummer verfügte.) Im Falle einer Änderung Ihrer ZDU-Nummer, brauchen Sie eine neue LIKIV-Nummer.* |  |  |
| **Anschrift der Gruppierung:** | Strasse, Hausnr./Postfach:    Postleitzahl, Ort: | Strasse, Hausnr./Postfach:    Postleitzahl, Ort: |
| **E-Mailadresse der Gruppierung:**  *(E-Mailadresse unter der wir die Gruppierung erreichen können)* |  |  |
| **Telefonnummer der Gruppierung:**  *(Nummer unter der wir die Gruppierung telefonisch erreichen können)* |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Zusammensetzung Ihrer Gruppierung:**   *Dieses Formular ist zu unterschreiben von jedem Pflegeerbringer, der sich der Gruppierung anschließt (wenn diese Liste nicht lang genug ist, können Sie eine ähnliche Liste als Anlage hinzufügen)* | | | | |
| **Neue Pflegeerbringer:** | | | | |
|  | **Name und Vorname des Pflegeerbringers** | **LIKIV-Nummer des Pflegeerbringers** | **Beitrittsdatum** | **Unterschrift des Pflegeerbringers** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |
| **Austretende Pflegeerbringer:** | | | | |
|  | **Name und Vorname des Pflegeerbringers** | **LIKIV-Nummer des Pflegeerbringers** | **Austrittsdatum** | |
| **1.** |  |  |  | |
| **2.** |  |  |  | |
| **3.** |  |  |  | |

|  |
| --- |
| 1. **Ihre Erklärung als Verantwortlicher der Gruppierung:** |
| Mit der Unterzeichnung dieses Änderungsformulars, erkläre ich, dass die ausgefüllten Daten der Wahrheit entsprechen und verpflichte ich mich, dem LIKIV jede künftige Änderung in den Angaben bzw. in der Zusammensetzung meiner Gruppierung zu übermitteln.  Datum:  Unterschrift des Verantwortlichen: |

|  |
| --- |
| 1. **Erklärung des ehemaligen Verantwortlichen:**   *(nur auszufüllen und zu unterschreiben im Falle einer Änderung des Verantwortlichen, siehe Punkt II.):* |
| Mit der Unterzeichnung dieses Änderungsformulars erkläre ich, dass ich ab dem in Punkt II angegebenen Anfangsdatum die Verantwortlichkeit für die Gruppierung übertrage.  Datum:  Unterschrift des ehemaligen Verantwortlichen: |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Wie übermittle ich mein Formular?** | |
| **vorzugsweise per E-Mail (gescanntes Dokument):**  *oder*  **per Post:** | [nursefr@riziv-inami.fgov.be](mailto:nursenl@riziv-inami.fgov.be)  LIKIV, Dienst für Gesundheitspflege, Krankenpflegerteam  Avenue de Tervueren 211, 1150 Brüssel (Büro 486) |