EXTERN

KVB
Kassenärztliche
Vereinigung
Bayerns

Bitte senden Sie das Formular im Original an:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Finanzen
Elsenheimerstraße 39
80687 München

Für Rückfragen erreichen Sie uns unter:

Telefon: 089 57093-4680
Telefax: 089 57093-4699
E-Mail: finanzen.honorar@KVB.de

Bezirksstelle Schwaben
Frohsinnstraße 2
86150 Augsburg

Mitteilung der Bankverbindung

HNR: ..... BSNR: .....

Gültigkeit ab: ..... Bezirksstelle: 70 - Schwaben

Meine/ Unsere Bankverbindung lautet:

Kontoinhaber: .....

Bankinstitut: .....

IBAN: |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|

BIC: .....

Unterschrift[1]

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
LANR ..... Datum ..... Unterschrift .....

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
LANR ..... Datum ..... Unterschrift .....

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
LANR ..... Datum ..... Unterschrift .....

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
LANR ..... Datum ..... Unterschrift .....

Stempel

[1] Bei Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) sind die Unterschriften aller zugelassener Vertragsärzte und/ oder Vertragspsychotherapeuten der BAG – jeweils mit Angabe der LANR – erforderlich. Bei Medizinischen Versorgungszentren ist die Unterschrift des/ der Vertretungsberechtigten der Trägerschaft (ggf. mit Angabe der LANR) erforderlich.