

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Finanzen
Vogelsgarten 6
90402 Nürnberg

Tel. 09 11 / 9 46 67 – 6 14



Mitteilung der Bankverbindung (DST 66 – Mittelfranken)

Honorarabrechnungsnummer: **66/**

Betriebsstättennummer: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Gültigkeit der aktuellen Praxiskonstellatation seit: _____
tt.mm.jj

Meine / Unsere Bankverbindung lautet:

Kontoinhaber: _____


Bankinstitut: _____

IBAN: _____


BIC: _____

Ort, Datum


|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
LANR*

Unterschrift* 


|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
LANR*

Unterschrift* 


|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
LANR*

Unterschrift* 

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
LANR*

Unterschrift* 

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
LANR*

Unterschrift* 

* Bei Berufsausübungsgemeinschaften sind die Unterschriften mit LANR aller Praxispartner erforderlich. Bei Medizinischen Versorgungszentren ist die Unterschrift mit LANR des ärztlichen Leiters bzw. des Geschäftsführers erforderlich.

Bitte reichen Sie dieses Dokument im Original bei der KVB ein!

*Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter www.kvb.de/datenschutz.
Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.*