Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Finanzen
Elsenheimerstraße 39
80687 München

Tel. 089/57 093 4620

Praxisstempel

Mitteilung der Bankverbindung (DST 64 – Oberbayern)

Honorarabrechnungsnummer**: 64/**

Betriebsstättennummer: I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

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

Meine / Unsere Bankverbindung lautet:

Kontoinhaber: _____

Bankinstitut: _____

IBAN: _____

BIC: _____

_____
Ort, Datum

I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I
LANR*

_____
Unterschrift*

I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I
LANR*

_____
Unterschrift*

I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I
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.