

RÜCKSENDUNG AN:

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein
Abteilung Personal und Finanzen
Mitgliederfachbereich
Bismarckallee 1 - 6
23795 Bad Segeberg

Fax: 04551 883 492

E-Mail: mitgliederfachbereich@kvsh.de**Mitteilung der Bankverbindung für Praxis / BAG / MVZ / Institut**

(Name Praxis / BAG / MVZ / Institut / ermächtigter Arzt)

Gültig ab _____

IBAN:

D	E																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Namen und eigenhändige Unterschriften **aller zugelassenen** Vertragsärzte bzw. -psychotherapeuten

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____
14. _____
15. _____
16. _____
17. _____
18. _____
19. _____
20. _____