

Betriebsstättennummer

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 ermächtigte Ärzte gemäß § 31.1 Ärzte-ZV

(ermächtigte/r Arzt/Ärztin)

Gültig ab _____

IBAN:

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

Stempel und Unterschrift