

Betriebsstättennummer

RÜCKSENDUNG AN:

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

oder per Fax an 04551 883 492

Mitteilung der Bankverbindung für Praxis / BAG / MVZ / Institut

(Name Praxis/BAG/MVZ/Institut/ ermächtigter Arzt § 31.1)

Gültig ab ____ . ____ . ____ .

IBAN:

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

Namen und eigenhändige Unterschriften **aller** Praxismitglieder:

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