

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 ermächtigte Ärzte gemäß § 31.a Ärzte-ZV**

(Name ermächtigter Arzt/Ärztin)

---

---

Gültig ab \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ .

IBAN:

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

---

Stempel und Unterschrift des Krankenhausträger