

Formular Bankverbindung

1. Betriebsstättennummer: _____

2. Bankverbindung

Name der Bank: _____

IBAN: _____

BIC: _____

3. Name des Kontoinhabers: _____

4. Steuer-ID (bei Einzelpraxis) _____

oder Steuer-Nummer: _____

5. Datum: _____

Arztstempel

Unterschrift

Unterschrift

Unterschrift

Unterschrift

Unterschrift

Unterschrift

