

## Meldung Bankverbindung

Damit wir Ihre Zahlung fristgerecht ausführen können, benötigen wir von Ihnen das unten stehende Formular befüllt und unterschrieben zurück.

### Wichtig

Bei Gemeinschaftspraxen muss das Formular von allen Praxispartnern unterschrieben werden.

Darüber hinaus teilen Sie uns zukünftige Änderungen Ihrer Bankverbindung bitte umgehend mit!

Bitte senden Sie das Formular entweder per Post, per Fax oder per Mail an uns zurück:

#### per Post

KVWL  
Geschäftsbereich Finanzen  
Abt. Arzt- und Kassenfinanzservices  
Robert-Schimrigk-Str. 4 - 6  
44141 Dortmund

#### per Fax

(0231) 94 32 - 8 30 30

#### per Mail

akf@kvwl.de

**Wir bedanken uns  
für Ihre Mitarbeit!**



## Formular Bankverbindung

1. Honorarabrechnungsnummer: \_\_\_\_\_

Betriebsstättennummer: \_\_\_\_\_

### 2. Bankverbindung

Name der Bank: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

3. Name des Kontoinhabers: \_\_\_\_\_

4. Datum: \_\_\_\_\_

Arztstempel

Unterschrift

Unterschrift

Unterschrift

Unterschrift

Unterschrift

Unterschrift

Unterschrift

Unterschrift

Unterschrift

