

# 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

