



Bankverbindung

KVWL
Geschäftsbereich Finanzen
Abteilung 3.2.2 – Honorarbuchhaltung
Robert-Schimrigk-Str. 4 – 6
44141 Dortmund

Arztstempel

per FAX: 0231 / 94 32-8 30 30

1. Honorarabrechnungsnummer:

2. Bankverbindung

Name der Bank: _____

IBAN: DE _____

3. Name des Kontoinhabers: _____

4. Datum: _____

.....
(Unterschrift)

.....
(Unterschrift)

.....
(Unterschrift)

.....
(Unterschrift)

.....
(Unterschrift)

.....
(Unterschrift)

.....
(Unterschrift)

.....
(Unterschrift)

.....
(Unterschrift)

Bitte denken Sie bei Gemeinschaftspraxen daran, dass alle Praxispartner den Vordruck unterschreiben müssen.

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit!