



Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Finanzen & Controlling
Postfach 15 02 04
60062 Frankfurt

**Telefax an:
069 24741-68802**

Bitte das Formular über das Drucker-Symbol
als **neues** PDF-Dokument abspeichern, um
eine nachträgliche Veränderung der Daten
zu verhindern.

Erklärung zur Bankverbindung:

(Bei Berufsausübungsgemeinschaften (BAG), bitte diese Erklärung von **allen** an der BAG
teilnehmenden Ärzten/ Psychotherapeuten unterschreiben.)

Betriebsstättennummer: _____

- Einzelpraxis
- Berufsausübungsgemeinschaft
- MVZ

Name: Arzt / Ärzte / Psychotherapeut(en)

PLZ und Praxisort:

Finanzen & Controlling

Tel 069 24741-7777
Fax 069 24741-68802
Aktenzeichen:

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt
Postfach 15 02 04 | 60062 Frankfurt
www.kvhessen.de

Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG
IBAN: DE92 3006 0601 0101 2721 28
BIC: DAAEDEDXXX

Bankverbindung der Praxis:

Kontoinhaber:

Bank / Sparkasse bei:

IBAN:

BIC:

Ort, Datum:

Unterschrift(en): _____
