

MELDUNG DER BANKVERBINDUNG



KZV Berlin
Abt. Buchhaltung
Georg-Wilhelm-Str. 16
10711 Berlin

interner Vermerk

_____ Datum

_____ 1. Bearbeiter

_____ 2. Bearbeiter

– Bitte im Original zurücksenden! –

Name der Gesellschaft/
des Vertragszahnarztes: _____

Status: Einzelpraxis BAG ÜBAG KÜBAG MVZ
 Ermächtigung

Es besteht eine
Abtretung zu Gunsten: _____ mit Datum vom: _____

Abrechnungsnummer: _____

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Aufnahme: sofort zum _____

Ort, Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift(en) der/des Vertretungsberechtigten:

Name, Vorname in Druckbuchstaben

Name, Vorname in Druckbuchstaben

Name, Vorname in Druckbuchstaben

Name, Vorname in Druckbuchstaben

Sollte die Anzahl der vorgesehenen Unterschriftsfelder nicht ausreichen, bitten wir Sie, alle weiteren Unterschriften unter Angabe des Namens in Druckbuchstaben auf der Rückseite zu leisten.