

MELDUNG DER BANKVERBINDUNG



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

interner Vermerk

_____ Datum

_____ 1. Bearbeiter

_____ 2. Bearbeiter

– Bitte im Original zurücksenden! – (Nicht per Fax oder E-Mail!)

Name der Gesellschaft bzw.
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

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.