|  |  |
| --- | --- |
| IK-Nummer |  |
| Name des Krankenhauses |  |

|  |  |
| --- | --- |
| IBAN |  |
| BIC |  |
| Kreditinstitut |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Zutreffendes bitte ankreuzen | □ Erstmeldung □ Änderungsmeldung (ersetzt vorherige Bankverbindung)  |

|  |
| --- |
|  |

Ort und Datum

|  |
| --- |
|  |

Unterschrift und Stempel des Krankenhauses

(Nur gültig mit rechtswirksamer Unterschrift)