|  |  |
| --- | --- |
| Institutionskennzeichen | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Name des Krankenhauses | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| IBAN | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| BIC | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Kreditinstitut | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| Zutreffendes bitte ankreuzen! | [ ]  Erstmeldung (bisher keine Bankverbindung gemeldet)[ ]  Änderungsmeldung (ersetzt vorherige Bankverbindung)  |

|  |
| --- |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

Ort und Datum

|  |
| --- |
| Firmenstempel |

Unterschrift der Geschäftsführung

(Nur gültig mit rechtswirksamer Unterschrift und Firmenstempel)

Name der Geschäftsführung: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.