**Bankverbindung des Krankenhauses zur Auszahlung der pauschalierten Vergütung**

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

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort und Datum

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift / Stempel des Krankenhauses

(Nur gültig mit rechtswirksamer Unterschrift)