

Stempel der Zahnarztpraxis:

Per Telefax: 0234 304-87268
Knappschaft
Dezernat VIII.2.4
44781 Bochum

Knappschaftszahnarztvertrag
Änderung der Bankverbindung

Bitte verwenden Sie ab . . die nachstehende Bank-
verbindung für die knappschaftszahnärztlichen Honorarzahlungen:

Name der Bank: _____

IBAN

D	E	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------	----------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

(Bankleitzahl)

(Kontonummer mit vorangestellten Nullen)

BIC

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Name/n des/der Kontoinhaber/s: _____

.....
(Unterschrift)

.....
(Unterschrift)

.....
(Unterschrift)

.....
(Unterschrift)

.....
(Unterschrift)

.....
(Unterschrift)

Bitte denken Sie bei Gemeinschaftspraxen daran, dass alle Praxispartner diesen Vordruck unterschreiben müssen!