Stempel der Arztpraxis:

Per Telefax: 0681 / 4002-1397
KNAPPSCHAFT
Ref. KV/PV; Büro 3
St. Johanner Str. 46/48
66111 Saarbrücken

Knappschaftsarztvertrag; Änderung der Bankverbindung

Bitte verwenden Sie ab ☐☐ . ☐☐ . ☐☐☐☐ die nachstehende Bankverbindung für die knappschaftsärztlichen Honorarzahlungen:

Name der Bank: _____

IBAN | **D** | **E** | ☐☐ | ☐☐☐☐☐☐☐☐ | ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

(Bankleitzahl) (Kontonummer mit vorangestellten Nullen)

BIC ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Name/n des/der Kontoinhaber/s: _____

_____

In einer Berufsausübungsgemeinschaft unterschreibt jeder Praxispartner die Erklärung; sofern **nicht alle Mitglieder einer Berufsausübungsgemeinschaft unterzeichnen**, versichert/versichern der/die Unterzeichner die Bevollmächtigung zur Abgabe der Erklärung für alle Mitglieder. In diesen Fällen ist bitte die LANR des/der Unterzeichner(s) mit anzugeben.

1. ..... ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

2. ..... ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

3. ..... ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

4. ..... ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

(persönliche Unterschrift(en) des Knappschaftsarztes/ der Knappschaftsärzte) (LANR)

.....
(Ort, Datum)