

Angaben des/r meldenden Arztes/Ärztin bei erstmaliger Meldung oder bei Änderung

Kontaktdaten des/r meldenden Arztes/Ärztin

Titel	Vorname	Name
_____		_____
Klinik / MVZ / Praxis / Abteilung / Station		Fachgebiet
_____		_____
Institutionskennzeichen Klinik / Praxis		Lebenslange Arztnummer
_____		Betriebsstätten Nummer
_____		_____
Telefon	Telefax	E-Mail
_____	_____	_____
PLZ	Ort	Straße / Hausnummer
_____	_____	_____

Angaben zur Bankverbindung für die Zahlung der Meldevergütung

Kontoinhaber/in	

Bankinstitut	
IBAN	<input type="text" value="D"/> <input type="text" value="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"/> <input type="text"/>
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="checkbox"/> Ich stimme der dauerhaften Speicherung meiner Bankdaten zu.	
<p>Bankverbindungsdaten müssten bei jeder Meldung erneut angegeben werden, da sie gemäß Staatsvertrag regelmäßig zu löschen sind. Hiervon kann nur dann abgewichen werden, wenn Sie uns die Erlaubnis zur dauerhaften Speicherung erteilen. Bitte denken Sie daran uns Änderungen mitzuteilen.</p>	

Ort, Datum

Unterschrift Arzt/Ärztin