

Vertrauensstelle Bremer Krebsregister

Achterstraße 30, 28359 Bremen

Telefon: 0421/21856-999

E-Mail: vbkr.kvhb@t-online.de



Kontoverbindungsdaten

Gültig ab: _____

Angaben zum Melder / Kontoinhaber

Institution: _____

Abteilung: _____

Adresse: _____

IK-Nr.: _____ (nur für Krankenhäuser/Kliniken)

BSNR.: _____ (nur für Praxen)

LANR.: _____

Tel.-Nr.: _____

E-Mail: _____

Internet: _____

Angaben zum Kontoinhaber

Anrede: _____

Titel: _____

Vorname: _____

Nachname: _____

Straße : _____

Haus-Nr.: _____

PLZ/ Ort: _____

Bankverbindung

Inhaber: Praxis/Klinik/Institution natürliche Person

Bankinstitut: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Datum / Unterschrift der/des Ärztin/Arztes

Praxisstempel