

Arzt-Datenblatt

Name: _____

Vorname: _____

Titel: _____

Fachrichtung: _____

Anschrift: _____

Gemeinschaftspraxis/Partner: _____

Angestellte Ärzte: _____

Anzahl Arzthelfer(innen): _____

Lebenslange Arztnummer:
(LAN) _____

Betriebsstätten-Nr.:
(ehem. Vertragsarzt Nummer) _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Internetseite: _____

Ansprechpartner:
(soweit vorhanden) _____

Bankverbindung
Konto/IBAN: DE _____

Bankleitzahl/BIC: _____

Bank: _____

Bitte teilen Sie uns Änderungen zeitnah mit, auch telefonisch: 0211 946840-1138 oder
per Fax: 040 33470-330016

Vielen Dank!