

**Formular: Stammdaten für Praxissystem**

Privat     Kassenzulassung

**Praxisform:**

Einzelpraxis    Gemeinschaftspraxis

Praxisgemeinschaft    sonstiges

**Anzahl Betriebsstätten:** \_\_\_\_\_

**BSNR** \_\_\_\_\_

**Anzahl Ärzte:** \_\_\_\_\_

**LANR:** \_\_\_\_\_

**E-Mail-Adresse:** \_\_\_\_\_

**Bankdaten für monatliches Lastschriftverfahren:**

**Bankname:** \_\_\_\_\_

**BIC:** \_\_\_\_\_

**IBAN:** \_\_\_\_\_

**Betrag:** \_\_\_\_\_

**Zusätzliche Informationen (weitere BSNR/LANR etc.)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Auftraggebers

