

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

Geschäftskonto der Zahlungsempfängerin / des Zahlungsempfängers

Institutionskennzeichen	
IBAN (International Bank Account Number)	
D E	
Geldinstitut (Name, Ort)	
Kontoinhaberin / Kontoinhaber	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort	

Bitte unbedingt angeben:	Rechnungsnummer	Rechnung vom
---------------------------------	-----------------	--------------

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift Ärztin / Arzt, psychologische Psychotherapeutin /
psychologischer Psychotherapeut

