KREBSREGISTER
MECKLENBURG-VORPOMMERN
Registerstelle Treuhandstelle Zentralstelle

Formular Bankdaten für Kliniken

Bitte füllen Sie das Formular aus und senden dieses unterschrieben an:
Zentralstelle der Krebsregistrierung M-V, Universitätsmedizin Greifswald, K.d.ö.R., Ellernholzstr. 1-2, 17487 Greifswald; Fax: 03834-866919
E-Mail: kkrmv.abrechnung@uni-greifswald.de

☐ **Anmeldung** ☐ **Änderungsmitteilung**

Institutionskennzeichen (IKNR) _____ Klinik _____

Abteilung _____

Ansprechpartner Buchhaltung

Name _____ Vorname _____

Telefon _____ E-Mail _____

Straße und Hausnummer _____

PLZ _____ Ort _____

IBAN des Krankenhauses _____

BIC _____ Kreditinstitut _____

Kontoinhaber _____

☐ Hiermit stimmen Sie der dauerhaften Speicherung und Verarbeitung der angegebenen Daten im Klinischen Krebsregister Mecklenburg-Vorpommern zum Zwecke der Abrechnung und Auszahlung der Meldevergütungen zu.

Datum _____ Unterschrift Ansprechpartner, Stempel _____