KLINISCHES KREBSREGISTER
MECKLENBURG-VORPOMMERN
Zentralstelle der Krebsregistrierung
Registerstellen gGmbH
Treuhandstelle

# 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: zentralstelle@krebsregister-mv.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