Anlage 2

Ausgleichsfonds nach § 17 a KHG

Per Telefax 089 29083099
an den Ausgleichsfonds nach § 17 a KHG bei der
Bayerischen Krankenhausgesellschaft e. V.
80331 München, Radlsteg 1

Abbuchungsauftrag für Lastschriften

Name/Anschrift des zahlungspflichtigen Krankenhauses	An (Kreditinstitut des Zahlungspflichtigen)

Hiermit bitten wir Sie widerruflich, die von

der Bayerischen Krankenhausgesellschaft e. V., Radlsteg 1, 80331 München,
„Ausgleichsfonds nach § 17 a KHG bei der Bayerischen Krankenhausgesellschaft“

Konto-Nr. des Zahlungsempfängers: 328328
Bankleitzahl: 70150000

für uns bei Ihnen eingehende Lastschriften zu Lasten unseres

Kontoinhaber ..... (Bitte durch das Krankenhaus ergänzen)

Girokonto ..... (Bitte durch das Krankenhaus ergänzen)

Bankleitzahl ..... (Bitte durch das Krankenhaus ergänzen)

Bank ..... (Bitte durch das Krankenhaus ergänzen)

einzulösen.

Wenn unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht keine Verpflichtung, die Lastschrift einzulösen.

Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

....
Ort, Datum Rechtsverbindliche Unterschrift des Krankenhauses