

Thoraxklinik-Heidelberg gGmbH • Röntgenstr. 1 • D-69126 Heidelberg

Liebe/-r Patient/-in,
um Ihnen den Restbetrag Ihrer Anzahlung rücküberweisen zu
können, benötigen wir Ihre Bankverbindung und Ihre eigen-
händige Unterschrift:

Dear Patient,
for the refund of the remaining sum of your deposit we need
your bank details and your signature:

International Patient Services

Hildegard Seebold
Marlon Heckmann

Telefon: 06221/396-8103
Fax: 06221/396-2202
Zentrale: 06221/396-0

thoraxklinik.international@med.uni-heidelberg.de
www.Thoraxklinik-Heidelberg.de

Name des Patienten:
Name of patient: _____

Debitor: _____

Geburtsdatum des Patienten:
DOB oft patient: _____

Kontoinhaber:
Account holder: _____

Bank:
Bank: _____

Bankleitzahl:
BIC: _____

Kontonummer:
Account number: _____

IBAN:
International Bank Account Number: _____

SWIFT-Code:
SWIFT code: _____

Datum
Date

Sparkasse Heidelberg
(BLZ 672 500 20) 411 116
IBAN DE15 6725 0020 0000 4111 16
BIC-Code: SOLADES1HDB
IK 269724026

Ust.-IdNr.: DE214558387

H + G Bank Heidelberg Kurpfalz
(BLZ 672 901 00) 11 040 004
IBAN DE54 6729 0100 0011 0400 04
BIC-Code: GENODE61HD3
IK 269724151

SteuerNr. 32489/20777

Unterschrift des Patienten
Signature of Patient

Thoraxklinik-Heidelberg gemeinnützige
Gesellschaft mit beschränkter Haftung
Röntgenstr. 1, 69126 Heidelberg

Registergericht: Mannheim, HRB 336138
Geschäftsführer:
Roland Fank
Univ.-Prof. Dr. Felix Herth