

EmpfängerIn Name/Firma  
**Dr. Regina Lexner**  
**Petriefelderstr. 4 AT, 8042 Graz**

IBAN EmpfängerIn  
**AT44 1813 0516 4330 0000**

BIC (SWIFT-Code) der Empfängerbank  
**BWFBATW1XXX**

**EUR**

Betrag

Cent

KontoinhaberIn/AuftraggeberIn Name und Anschrift

Verwendungszweck

IBAN KontoinhaberIn/AuftraggeberIn

EmpfängerIn Name/Firma  
**Dr. Regina Lexner**  
**Petriefelderstr. 4 AT, 8042 Graz**

IBAN EmpfängerIn

**AT44 1813 0516 4330 0000**

BIC (SWIFT-Code) der Empfängerbank  
**BWFBATW1XXX**

**EUR**

Betrag

Cent  
**44,88**

Ein BIC ist verpflichtend anzugeben, wenn die IBAN EmpfängerIn ungleich AT beginnt

Nur zum maschinellen Bedrucken der Zahlungsreferenz

Prüfziffer

Verwendungszweck wird bei ausgetragener Zahlungsreferenz nicht an EmpfängerIn weitergeleitet

**FN 1051 / 2013**

IBAN KontoinhaberIn/AuftraggeberIn

KontoinhaberIn/AuftraggeberIn Name/Firma

006

Betrag

30+

Unterschrift Zeichnungsberechtigter



**Dr. med. Regina LEXNER**  
Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie  
ÖÄK Diplom für psychotherap. Medizin, Psychotherapeutin  
A - 8042 Graz, Petrifelderstrasse 4

Herr  
Knöbl Michael  
Liebenauer Hauptstraße 93b/7/43  
8041 Graz-Liebenau

Honorarnote Nr. 1051

Datum: 02.12.2013

Behandlung von 02.12.2013 bis 02.12.2013

Anz.	Pos. Text	Gesamt
1	015 Ordination, 02.12.2013	17.46
1	147 Ausführliche diagnostisch-therapeutische, 02.12.2013	6.00
1	316 Eingehender psychischer Status bei seeli, 02.12.2013	21.42

Zahlart: **Zahlschein**

EUR: 44.88

Diagnose: Erschöpfungssyndrom

211787 Dr. Regina Lexner  
FA f. Neurologie und Psychiatrie  
8042 Graz, Petrifelderstraße 4  
Tel.: 0316/426708

An die Verrechnungsstelle  
Knöbl Michael SVNr.: 1185 27.12.1965

Ich ersuche um Refundierung des Patientanteils der ausgewiesenen Leistungen auf mein  
Konto Nr.: bei: BLZ: