

Sächsische Ärzteversorgung  
Einrichtung der Sächsischen Landesärztekammer  
Postfach 100 451  
01074 Dresden

Absender (Stempel)

Mitgl.- Nr.:

### Vereinbarung zum Lastschrifteinzug

Hiermit ermächtige ich Sie jederzeit widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen zur Sächsischen Ärzteversorgung bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift einzuziehen.

Lastschrift möglich ab: .....

Kontonummer: ..... Bankleitzahl: .....

bei .....

(genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstitutes)

**Änderungen der Bankverbindungen sind bis zum 15. des laufenden Monats schriftlich bekannt zu geben (Posteingang bei SÄV). Später eingehende Änderungen können erst im Folgemonat berücksichtigt werden.**

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift des Mitgliedes