

**SEPA-Lastschriftmandat für  
wiederkehrende Zahlungen  
(Arbeitgeber)**

Sächsische Ärzteversorgung  
Einrichtung der Sächsischen Landesärztekammer  
Dr.-Külz-Ring 10  
01067 Dresden

Firma

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

| \_ \_ \_ \_ \_ |

**Wir ermächtigen die Sächsische Ärzteversorgung, die von uns zu entrichtenden Zahlungen von unserem Konto mittels Lastschrift ab | \_ \_ | \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | einzuziehen. Zugleich weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Sächsischen Ärzteversorgung auf unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.**

**Gläubiger-Identifikationsnummer:** DE31ZZZ00000383046

**Mandatsreferenz:**

AG - | \_ \_ \_ \_ \_ | \_\_\_\_\_  
(Betriebsnummer) (Kennzeichen\*)

\*wird von der Sächsischen Ärzteversorgung vergeben

**Hinweis:** Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Änderungen der Bankverbindung sind bis zum 15. des laufenden Monats durch ein neues SEPA-Lastschriftmandat schriftlich bekannt zu geben (Posteingang bei der Sächsischen Ärzteversorgung). Später eingehende Änderungen können erst im Folgemonat berücksichtigt werden.

IBAN:

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

BIC\*:

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
(\*bei Auslandslastschrift anzugeben)

Kreditinstitut:

\_\_\_\_\_

Kontoinhaber:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift