SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen
(Mitglied)

Sächsische Ärzteversorgung
Einrichtung der Sächsischen Landesärztekammer
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Sächsische Ärzteversorgung
Einrichtung der Sächsischen Landesärztekammer
Schützenhöhe 20
01099 Dresden

Nachname	Vorname
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl | __ __ __ __ __ __ |	Ort

Ich ermächtige die Sächsische Ärzteversorgung, die von mir zu entrichtenden Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift ab | __ __ | __ __ | __ __ __ __ | einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Sächsischen Ärzteversorgung auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE31ZZZ00000383046

Mandatsreferenz: __ __ - __ __ __ __ __ __ __ __ - __ __ __ __ | _____
(Mitglieds-Nr.) (Kennzeichen*)
*wird von der Sächsischen Ärzteversorgung vergeben

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem 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: __ __ __ __ __ __ __ __ | __ __ __

Kreditinstitut: _____

Kontoinhaber: _____

_____ _____
Ort, Datum Stempel/Unterschrift