

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

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

Nachname

Vorname

Straße, Hausnummer

Geburtsdatum

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

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

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

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