SEPA-Lastschriftmandat

für wiederkehrende Zahlungen

(Arbeitgeber)

Sächsische Ärzteversorgung
Einrichtung der Sächsischen Landesärztekammer
Körperschaft des öffentlichen Rechts

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

1. Angaben zum Arbeitgeber

Name Arbeitgeber	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl	Wohnort

2. Bankverbindung

IBAN	
BIC* (*bei Auslandsüberweisungen anzugeben)	
Kreditinstitut	
Kontoinhaber/in	

3. Ermächtigung

Wir ermächtigen die Sächsische Ärzteversorgung (SÄV), 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 unserem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Gläubiger-Identifikationsnummer:	DE31ZZZ00000383046		
Mandatsreferenz:	AG-	Betriebsnummer	Kennzeichen* *wird von der SÄV 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.

Ort, Datum	Stempel / **Eigenhändige** Unterschrift des Kontoinhabers/in