SEPA-Lastschriftmandat

für wiederkehrende Zahlungen

(Mitglied)

Sächsische Ärzteversorgung
Einrichtung der Sächsischen Landesärztekammer
Körperschaft des öffentlichen Rechts

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

1. Angaben zur Person

Familienname	Vorname (Rufname)
Straße, Hausnummer	Geburtsdatum
Postleitzahl	Wohnort

2. Bankverbindung

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

3. Ermächtigung

Ich ermächtige die Sächsische Ärzteversorgung (SÄV), 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:	Mitgliedsnummer	Kennzeichen* *wird von der SÄV 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.

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