ärztekammer bremen
DAS VERSORGUNGSWERK
Körperschaft des öffentlichen Rechts

An das
Versorgungswerk
der Ärztekammer Bremen
Postfach 10 77 29
28077 Bremen

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE 16ZZZ00000413192

Absender/in mit Anschrift: _____

_____

Mitgliedsnummer: _____

SEPA Lastschriftmandat

Hiermit wird das Versorgungswerk jederzeit widerruflich ermächtigt, Zahlungen von dem nachstehend benannten Konto per Lastschrift einzuziehen. Zugleich wird das bezogene Kreditinstitut angewiesen, die auf dieses Konto bezogenen Lastschriften einzulösen.
Sofern noch Beitragsrückstände bestehen, können diese eingezogen werden.

Hinweis: Innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, kann die Erstattung des belasteten Betrages verlangt werden. Es gelten dabei die mit dem bezogenen Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name (Kontoinhaber/in, falls abweichend): _____

Anschrift (Kontoinhaber/in, falls abweichend):

_____

Kreditinstitut (Name) :_____

IBAN (22 Stellen) :

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

BIC :_____

Sie können davon ausgehen, dass das von Ihnen benannte Konto nicht früher als bei anderen Zahlungsweisen belastet wird.

_____, den _____ _____, den _____
(Ort) (Datum) (Ort) (Datum)

_____ _____
(Unterschrift Mitglied) (Unterschrift Kontoinhaber/in, falls abweichend)