

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

Sächsische Ärzteversorgung
Einrichtung der Sächsischen Landesärztekammer
Schützenhöhe 20
01099 Dresden

Firma: _____

Straße: _____ Hausnummer: _____

Postleitzahl: _ _ _ _ _ Ort: _____

Wir ermächtigen die Sächsische Ärzteversorgung, 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 unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE31ZZZ00000383046

Mandatsreferenz:

AG - | _____ | _____
(Betriebsnummer) (Kennzeichen*)

*wird von der Sächsischen Ärzteversorgung 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.

IBAN: _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ | _ _ _

BIC: _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _

Kreditinstitut: _____

Kontoinhaber: _____

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift