Mitgliedsnummer: _____

Bitte zurück an:

Ärzteversorgung Sachsen-Anhalt
Gutenberghof 7
30159 Hannover

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: Ärzteversorgung Sachsen-Anhalt,
Gutenberghof 7, 30159 Hannover

Gläubigeridentifikationsnummer: DE27MIT00000051378

Hiermit ermächtige ich die Ärzteversorgung Sachsen-Anhalt, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Ärzteversorgung Sachsen-Anhalt auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Der Einzug umfasst laufende Beiträge sowie eventuell bestehende Beitragsrückstände.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber:

Vorname und Nachname _____

Straße und Hausnummer _____

Postleitzahl und Wohnort _____

IBAN

BIC

Geldinstitut _____

_____ _____
Ort und Datum Unterschrift des Kontoinhabers