

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                                        \_\_\_\_\_ (22 Stellen)

BIC   \_\_\_\_\_ (8 oder 11 Stellen)

Geldinstitut                                \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers