

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

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE 16ZZZ00000413192

Mandatsreferenz:

_____ (Betriebsnummer) / (Ild. Nummer)

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, erstmalig im Monat _____. 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) : _____

Straße und Hausnummer : _____

Postleitzahl und Ort : _____

Kreditinstitut (Name) : _____

IBAN : _____

BIC : _____

Sie können davon ausgehen, dass das von Ihnen benannte Konto nicht früher als bei anderen Zahlungsweisen belastet wird. Unabhängig davon gilt der eingezogene Betrag als bereits am Fälligkeitstag hier eingegangen.

_____, den _____

(Unterschrift und Firmenstempel des Arbeitgebers bzw. Kontoinhabers)