

Bitte zurück an das:

Versorgungswerk  
der Ärztekammer Bremen  
Postfach 10 77 29  
28077 Bremen

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

**Gläubiger-Identifikationsnummer:**  
**DE 16ZZZ00000413192**

**Absender 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, 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 \_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
(Ort) (Datum) (Ort) (Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Mitglieds)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Kontoinhabers, falls abweichend)