

Versorgungswerk
der Ärztekammer Schleswig-Holstein
Postfach 11 06
23781 Bad Segeberg

SEPA-Lastschriftmandat

Mitglieds-Nr.:

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger:
Versorgungswerk der Ärztekammer Schleswig-Holstein
Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE17VEA00000402504**

Ich ermächtige das Versorgungswerk der Ärztekammer Schleswig-Holstein in Bad Segeberg, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Versorgungswerk der Ärztekammer Schleswig-Holstein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Zahlungspflichtiger: _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Name und Ort des Kreditinstituts: _____

BIC (8- oder 11-stellig):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IBAN:

D	E																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Abweichender Kontoinhaber: _____

Beginn des Mandats: _____