Versorgungswerk
DER ÄRZTEKAMMER SCHLESWIG-HOLSTEIN

Mitglieds-Nr.:

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

Antrag auf Zahlung von freiwilligen Aufstockungsbeiträgen

Meine Personalien

Name: _____ Vorname: _____

Hiermit beantrage ich mit Wirkung ab _____ die Zahlung von freiwilligen Aufstockungsbeiträgen

☐ um einen festen monatlichen Betrag in Höhe von _____ €

☐ auf _____ % des Regelbeitrages (max. 100%)

SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich Sie, Zahlungen von meinem Konto bis auf Widerruf mittels Lastschrift einzuziehen:

Kontoinhaber: _____

Geldinstitut _____

IBAN: | D | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

BIC (8- oder 11-stellig) | | | | | | | | | | | |

Haben Sie Fragen? Wir helfen Ihnen gerne. Unter der Rufnummer 04551 803-900 sind wir für Sie da.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift

VAL03099