

**Arbeitgeber-Einzugsermächtigung für die**

**Ärzteversorgung Niedersachsen**

**Postfach 1 20**

**30001 Hannover**

Arbeitgeber: -----

Straße, Hausnummer: -----

Postleitzahl, Ort: -----

Telefonnummer: -----

Betriebsnummer: -----

Ich ermächtige die Ärzteversorgung Niedersachsen widerruflich, die **Pflichtbeiträge** zum Versorgungswerk für ihre bei mir beschäftigten Mitglieder durch Lastschrift abzubuchen.

gültig ab: -----

Geldinstitut: -----

Kontonummer: -----

Bankleitzahl: -----

Kontoinhaber: -----

-----  
Datum

-----  
Stempel und Unterschrift