Arbeitgeber-Einzugsermächtigung für die

Ärzteversorgung Niedersachsen
Gutenberghof 7
30159 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