

Absender:
(nach Möglichkeit mit Stempel)

Ärzteversorgung Niedersachsen
Gutenberghof 7
30159 Hannover

Mitgliedsnummer

Einzugsermächtigung für Beitragszahlungen

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Beitragszahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung.

Lastschrifteinzug ab _____ Betrag _____ EUR *

Kontonummer _____ Bankleitzahl _____

Kreditinstitut _____

Kontoinhaber _____

Bei Änderungen meines Bankkontos werde ich Sie sofort schriftlich benachrichtigen.

* **Hinweis:** Bei Änderungen in der Höhe der Beitragsfestsetzung wird der Einzugsbetrag automatisch angepasst.

Datum

Unterschrift/ggf. Unterschrift des Kontoinhabers