Bitte zurück an:

Ärzteversorgung Niedersachsen
Gutenberghof 7
30159 Hannover

SEPA-Lastschriftmandat für Arbeitgeber

Zahlungsempfänger: Ärzteversorgung Niedersachsen,
Gutenberghof 7, 30159 Hannover
Telefax: 0511 70021-316
E-Mail: info@aevn.de

Gläubigeridentifikationsnummer: DE32MIT00000050900

Ich/Wir ermächtige/n die Ärzteversorgung Niedersachsen für Ihre bei mir/uns beschäftigten Mitglieder die Beiträge zum Versorgungswerk von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Geldinstitut an, die von der Ärzteversorgung Niedersachsen auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich/Wir kann/können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die Bedingungen meines/unseres Geldinstituts.

Arbeitgeber _____

Straße und Hausnummer _____

Postleitzahl und Ort _____

meine/unsere achtstellige Betriebsnummer ☐☐☐☐☐☐☐☐ (nicht Betriebsstättennummer)

IBAN ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐

Geldinstitut _____

Kontoinhaber _____

Lastschrifteinzug ab ____/20____ (Monat/Jahr)

☐ Das erteilte SEPA-Mandat gilt **nicht** für alle bei mir/uns angestellten Ärztinnen/Ärzte.

_____ _____
Ort und Datum Unterschrift(en) des/der Kontoinhaber(s)