

Mitgliedsnummer: _____

Bitte zurück an:

Ärzteversorgung Niedersachsen
Gutenberghof 7
30159 Hannover

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: Ärzteversorgung Niedersachsen,
 Gutenberghof 7, 30159 Hannover

Gläubigeridentifikationsnummer: DE32MIT00000050900

Hiermit ermächtige ich die Ärzteversorgung Niedersachsen, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Ärzteversorgung Niedersachsen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Der Einzug umfasst monatliche Beiträge sowie eventuell bestehende Beitragsrückstände.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber:

Vorname und Nachname _____

Straße und Hausnummer _____

Postleitzahl und Wohnort _____

IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Geldinstitut _____

Ort und Datum

Unterschrift des Kontoinhabers