



Einzugsermächtigung

Hinweis

Im Interesse aller Mitglieder wollen wir so rationell und kostensparend wie möglich arbeiten. Bitte helfen Sie uns dabei, indem Sie uns für Ihre Beiträge eine Einzugsermächtigung erteilen. Dies ist auch zu Ihrem Vorteil: Wir buchen den Betrag zum Fälligkeitstermin von Ihrem Konto ab. Hiermit liegt die Terminüberwachung bei uns. Eventuelle Unannehmlichkeiten für Sie, z. B. bei Zahlungsver säumnissen sowie Fehlbuchungen und dadurch verursachte Mahnungen und Kosten, fallen nicht an.

Bei einer Änderung des Beitragsprozentsatzes oder der Beitragsbemessungsgrenze müssen Sie keine Dauer-aufträge ändern. Der Weg zu Ihrem Geldinstitut bleibt Ihnen erspart, wie auch alle anderen zeitaufwendigen Formalitäten. Auf diese Weise helfen Sie uns, im Rahmen des Einzugsverfahrens Ihre Zahlung automatisch und somit schnell und korrekt zuzuordnen. Fehlerquellen, wie z. B. bei der Datenübernahme vom Überwei-sungsträger auf den Kontoauszug, entfallen.

Sollten Sie der Auffassung sein, dass wir einen Betrag zu Unrecht abgebucht haben, können Sie solche Buchungen innerhalb von 6 Wochen über Ihr Bankinstitut zurückrufen lassen.

Mit freundlichen Grüßen
 VERSORGUNGSWERK
 der Landesärztekammer Hessen

gez. i.A. Ulrich Hoffmann



Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich das Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen widerruflich, die von mir an den Fälligkeitsterminen zu entrichtenden Beiträge entsprechend der nachstehenden Anga-ben von meinem aufgeführten Konto abzubuchen.



Mitgliedsnummer	Vorname
Beginn der Abbuchung	Nachname
Konto-Nr.	Name und Ort des Geldinstitutes
BLZ	Name des Kontoinhabers
(Ort, Datum)	(Unterschrift)

Versorgungswerk
 der Landesärztekammer Hessen
 Mitgliederbetreuung
 Mittlerer Hasenpfad 25
 60598 Frankfurt am Main