Versorgungswerk
Landesärztekammer Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

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

Einzugsermächtigung für Arbeitgeber

1.	**Einzugsermächtigung**
	Das Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen wird ermächtigt, jederzeit widerruflich die zum Fälligkeitstermin zu entrichtenden Beiträge für seine bei uns beschäftigten Mitglieder gemäß dem monatlichen elektronischen Nachweis vom aufgeführten Konto abzubuchen:

2.	**Angaben:**	
	Konto-Nr.:	BLZ:
	Geldinstitut:	Name des Kontoinhabers:
	Betriebsnummer des Arbeitgebers:	Arbeitgebernummer (falls vorhanden):
	Telefonnummer:	Beginn der Abbuchung:
	ggf. Name des Steuerberaters:	Telefonnummer des Steuerberaters:

Diese Erklärung gilt bis zum schriftlichen Widerruf gegenüber dem

Versorgungswerk
der Landesärztekammer Hessen
Mittlerer Hasenpfad 25
60598 Frankfurt am Main
Tel.: 069-97964-126 oder -124
Fax: 069-97964-106

_____, den _____ _____
(Ort) (Datum) (Stempel und Unterschrift)

Hinweise: Für telefonisch erteilte Auskünfte sowie für die Verwertung telefonisch erteilter Informationen wird keine Haftung übernommen. Das Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen verarbeitet die für die Erfüllung seiner Aufgaben erforderlichen Daten (§§ 11, 18 Hess. Datenschutzgesetz und § 5 a Hess. Heilberufsgesetz).