

SEPA-Lastschriftmandat

Im Interesse aller Mitglieder wollen wir so rationell und kostensparend wie möglich arbeiten. Bitte helfen Sie uns dabei, indem Sie uns für Ihre Beiträge ein SEPA-Lastschriftmandat erteilen. Ihr Vorteil: Wir ziehen den Betrag zum Fälligkeitstermin von Ihrem Konto ein. Hiermit liegt die Terminüberwachung bei uns. Eventuelle Unannehmlichkeiten für Sie, z.B. bei Zahlungsverzögerungen sowie Fehlbuchungen und dadurch verursachte Mahnungen und Kosten, fallen nicht an. Bei einer Änderung von Beitragsprozentsatz oder Beitragsbemessungsgrenze müssen Sie keine Daueraufträge ändern. Der Weg zu Ihrem Geldinstitut bleibt Ihnen erspart wie auch alle anderen zeitaufwendigen Formalitäten. Auf diese Weise helfen Sie uns auch, im Rahmen des SEPA-Lastschriftverfahrens Ihre Zahlung automatisch und somit schnell und korrekt zuzuordnen.

Mit freundlichen Grüßen

VERSORGUNGSWERK

der Landesärztekammer Hessen

gez. i.A. Ulrich Hoffmann

Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen, Mittlerer Hasenpfad 25, 60598 Frankfurt/Main

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE02VWH00000058715

Mandatsreferenz: *wird separat mitgeteilt*

Einmallastschrift

wiederkehrende Zahlung

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige das Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Mitgliedsnummer	Vor- und Nachname (Kontoinhaber)
Beginn der Abbuchung	Straße und Hausnummer (Kontoinhaber)
IBAN	Postleitzahl und Ort (Kontoinhaber)
BIC	Ort und Datum
Name Kreditinstitut	Unterschrift Kontoinhaber