

Mitgl.Nr.: _____

BITTE EINTRAGEN !

Ärztchammer Niedersachsen
Referat Beitragswesen
Berliner Allee 20
30175 Hannover

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Ärztekammer Niedersachsen (Zahlungsempfänger), Zahlungen (Ärztchammerbeitrag) von meinem Konto mittels Lastschrift unter der Gläubiger-ID: DE25ZZZ00000076440 und der Mandatsreferenz einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger 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.

Die Mandatsreferenznummer wird in einem sonstigen Schreiben und/oder im Kontoauszug des Kreditinstituts mitgeteilt.

Name des Mitgliedes

(Name, Vorname) _____

Kontoinhaberin/Kontoinhaber

Name, Vorname: _____

IBAN: _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____

Name des Kreditinstitutes: _____

BIC: _____ | _____

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers