

SEPA-Lastschriftmandat

Name: _____

Bubenheimer Bann 12, 56070 Koblenz

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Bezirksärztekammer Koblenz
- Versorgungseinrichtung -
Bubenheimer Bann 12
56070 Koblenz

Bitte senden Sie dieses Formular ausschließlich per Post an uns, da wir das Lastschriftmandat **zwingend** im Original benötigen.

Gläubigeridentifikationsnummer: **DE43VEK00000206678**

Mandatsreferenz: - wird separat mitgeteilt -

Hiermit ermächtige ich die Versorgungseinrichtung der Bezirksärztekammer Koblenz meine monatlichen Versorgungsbeiträge mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Versorgungseinrichtung der Bezirksärztekammer Koblenz 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 die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name, Vorname (Kontoinhaber):

Straße (Kontoinhaber)

Plz und Ort (Kontoinhaber)

Kreditinstitut (Name und BIC):

IBAN:

DE

Der Einzug soll erstmals für den Monat _____ erfolgen.

Mit dem Einzug eventuell bestehender Beitragsrückstände bin ich einverstanden.

Ort

Datum

Unterschrift

Hinweis nach § 12 Abs. 2 Landesdatenschutzgesetz Rheinland-Pfalz:
Rechtsgrundlage für die Erhebung dieser Daten ist die Satzung der Versorgungseinrichtung der Bezirksärztekammer Koblenz.
Die Daten werden unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorschriften verarbeitet.