

Bitte im Original ans Versorgungswerk senden!

**SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen**

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

Versorgungswerk der  
Ärztchamber Hamburg  
Stadthausbrücke 12  
20355 Hamburg

Gläubiger-Identifikationsnummer  
DE93ZZZ00000064740

Name und Anschrift des Kontoinhabers

Betriebsnummer

Ich/Wir ermächtige(n) das Versorgungswerk der Ärztekammer Hamburg, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Versorgungswerk der Ärztekammer Hamburg auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Der Einzug soll mit dem Beitragsmonat \_\_\_\_\_ beginnen.

IBAN: 

D	E																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

Hamburg, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en) des Kontoinhabers

Das Versorgungswerk zieht die Rentenversicherungsbeiträge in der vom Arbeitgeber gemeldeten Höhe am letzten (bzw. im Dezember am vorletzten) Bankarbeitstag des Fälligkeitsmonats ein. Verspätet gemeldete Beiträge werden jeweils am folgenden Donnerstag eingezogen.

gegebenenfalls externe Abrechnungsstelle und Ansprechpartner:

------------------------------------------