SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers	Name und Anschrift des Kontoinhabers
Versorgungswerk der Ärztekammer Hamburg Stadthausbrücke 12 20355 Hamburg	Ist der Kontoinhaber nicht das Mitglied, Name und Anschrift des Kontoinhabers:
Gläubiger-Identifikationsnummer DE93ZZZ00000064740	Mitgliedsnummer

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 veranlagten bzw. vereinbarten bzw. vom Arbeitgeber gemeldeten Höhe am letzten (bzw. im Dezember am vorletzten) Bankarbeitstag des Fälligkeitsmonats ein.