Ärztekammer Sachsen-Anhalt
Körperschaft des öffentlichen Rechts
PSF 1561
39005 Magdeburg

Gläubiger-ID: DE91AEK00000393121

Ihre Mandatsreferenz: _____

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Ärztekammer Sachsen-Anhalt, die Beitragszahlung/en von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Ärztekammer Sachsen-Anhalt 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.

_____
Vorname und Name Kontoinhaber

_____
Straße und Hausnummer

_____
PLZ und Ort

D E _____ _____ _____ _____ _____ _____
IBAN

_____ BIC: _____ _____ _____
Kreditinstitut (Name und BIC wenn zur Hand)

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift