Name: _____ Mitgliedsnummer: **V-**_____

Adresse: _____

An die
Bayerische Ärzteversorgung
81919 München

SEPA-Lastschriftmandat

Bayerische Ärzteversorgung, 81919 München

Unsere Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE1103500000022081**

Ihre Mandatsreferenz: **wird separat mitgeteilt**

Ich ermächtige die Bayerische Ärzteversorgung, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Geldinstitut an, die von der Bayerischen Ärzteversorgung 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 Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.

Geldinstitut: _____

BIC: _____

IBAN:

Kontoinhaber: _____

Eingezogen werden jeweils zum Monatsende eventuell bestehende Beitragsrückstände, sowie die laufenden Beiträge. Eventuell bestehende Überzahlungen verrechnen wir mit den Beiträgen, sofern wir von Ihnen keine anderslautende Mitteilung erhalten. Beitragshöhe und Fälligkeit können Sie Ihrem Jahreskontoausweis und den Beitragsbescheiden entnehmen.

Mit der Speicherung meiner Daten und deren Verwendung zum Zwecke des Lastschrifteinzuges bin ich einverstanden. Meine Angaben erfolgen freiwillig.

2.12.2019

Ort und Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Formular zurücksetzen **Formular drucken**