

Bitte Absender-Adresse angeben:

Betriebsnummer: _____

Adresse für die Rücksendung im Fensterkuvert

Bayerische Ärzteversorgung
Sachgebiet V 111

81919 München

SEPA-Lastschriftmandat für Arbeitgeber

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE110350000022081

Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

Ich/Wir ermächtige/n die Bayerische Ärzteversorgung die Beiträge zum Versorgungswerk für oben genannte Betriebsnummer ab dem nächstmöglichen Termin von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Geldinstitut an, die von der Bayerischen Ärzteversorgung auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Geldinstitut: _____

BIC: _____

IBAN:

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

Kontoinhaber: _____

Eingezogen werden die von Ihnen gemeldeten Beiträge Ihrer Arbeitnehmer (Mitglieder der Bayer. Ärzteversorgung). Eine Vorabinformation über anstehende Lastschriften ist daher, analog zur Handhabung der Gesetzlichen Sozialversicherung, nicht erforderlich.

Die Beiträge werden am Ende des Monats, für den die Gehaltszahlung bestimmt ist, zur Zahlung fällig; die Meldungen sind analog zur Gesetzlichen Sozialversicherung so rechtzeitig bei der Bayerischen Ärzteversorgung einzureichen, dass die Beiträge spätestens bei Fälligkeit (unter Berücksichtigung der banktechnischen Vorlaufzeiten) abgebucht werden können. Nachmeldungen werden innerhalb weniger Tage eingezogen.

Mit der Speicherung meiner/unserer Daten und deren Verwendung zum Zwecke des Lastschriftein-zuges bin ich/sind wir einverstanden. Meine/Unsere Angaben erfolgen freiwillig.

Ort und Datum

Unterschrift(en) des/der Kontoinhaber(s) – und Firmenstempel