

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger):

Ärztchammer Mecklenburg-Vorpommern
Körperschaft des öffentlichen Rechts
August-Bebel-Str. 9 a
18055 Rostock

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE46ZZZ00000733140

Mandatsreferenz: (wird mit Beitragsbescheid bekannt gegeben)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern 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.

Name und Anschrift des Kontoinhabers:

Kreditinstitut

BIC

IBAN

Ort, Datum und Unterschrift