Mitgliedsnummer: _____

Bitte zurück an:

Ärzteversorgung Mecklenburg-Vorpommern
Gutenberghof 7
30159 Hannover

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: Ärzteversorgung Mecklenburg-Vorpommern, Gutenberghof 7, 30159 Hannover

Gläubigeridentifikationsnummer: DE81MIT00000051376

Hiermit ermächtige ich die Ärzteversorgung Mecklenburg-Vorpommern, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Ärzteversorgung Mecklenburg-Vorpommern auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Der Einzug umfasst laufende Beiträge sowie eventuell bestehende Beitragsrückstände.

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.

Kontoinhaber:

Vorname und Nachname _____

Straße und Hausnummer _____

Postleitzahl und Wohnort _____

IBAN _____ (22 Stellen)

BIC _____ (8 oder 11 Stellen)

Geldinstitut _____

_____ _____
Ort und Datum Unterschrift des Kontoinhabers