

Bitte zurück an:

Ärzteversorgung Mecklenburg-Vorpommern
Gutenberghof 7
30159 Hannover

SEPA-Lastschriftmandat für Arbeitgeber

Zahlungsempfänger: Ärzteversorgung Mecklenburg-Vorpommern,
Gutenberghof 7, 30159 Hannover
Telefax: 0511 70021-314
E-Mail: info@aevm.de

Gläubigeridentifikationsnummer: DE81MIT00000051376

Ich/Wir ermächtige/n die Ärzteversorgung Mecklenburg-Vorpommern für Ihre bei mir/uns beschäftigten Mitglieder die Beiträge zum Versorgungswerk von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Geldinstitut an, die von der Ärzteversorgung Mecklenburg-Vorpommern 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 Bedingungen meines/unseres Geldinstituts.

Arbeitgeber _____

Straße und Hausnummer _____

Postleitzahl und Ort _____

meine/unsere achtstellige
Betriebsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--

 (nicht Betriebsstättennummer)

IBAN

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

--	--

Geldinstitut _____

Kontoinhaber _____

Lastschrifteinzug ab ____/20____ (Monat/Jahr)

Das erteilte SEPA-Mandat gilt **nicht** für alle bei mir/uns angestellten Ärztinnen/Ärzte.

Ort und Datum

Unterschrift(en) des/der Kontoinhaber(s)