

SEPA-Lastschriftmandat

Bitte mit Originalunterschrift **per Post** an uns
senden – keine E-Mail, kein Fax

Arzt-Nr./Mandatsreferenz:

Sächsische Landesärztekammer
Beitragswesen
Postfach 10 04 65
01074 Dresden

Gläubiger-ID DE80BEW00000746787

Name, Vorname:

Ich werde zukünftig bequem und sicher meinen Kammerbeitrag bezahlen. Dazu ermächtige ich die Sächsische Landesärztekammer, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift **bis auf Widerruf** einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Sächsischen Landesärztekammer 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.

Kontoinhaber(in)/Kontodaten

Kontoinhaber:

IBAN:

BIC: (falls erforderlich)

SEPA gültig ab:

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber(in)

Überweisungsdaten

Wenn Sie Überweisung gewählt haben, verwenden Sie bitte die folgenden Überweisungsdaten:

Konten:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG
IBAN: DE90 3006 0601 0003 0552 99
BIC: DAAEDED

oder Commerzbank AG
IBAN: DE32 8508 0000 0505 0662 00
BIC: DRESDEFF850

Verwendungszweck:

Arztnummer-KB-Beitragsjahr