



NORDRHEINISCHE ÄRZTEVERSORGUNG

Einrichtung der Ärztekammer Nordrhein
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

Nordrheinische Ärzteversorgung
Finanz- und Rechnungswesen
Postfach 103953
40030 Düsseldorf

oder per Fax an:

0211 4302 1346

SEPA-Lastschriftmandat für Gläubiger ID DE 2 0 N A V 0 0 0 0 0 0 6 8 8 4

Hiermit wird die **Nordrheinische Ärzteversorgung** jederzeit widerruflich ermächtigt, Zahlungen von unten genanntem Konto per Lastschrift einzuziehen. Zugleich wird das bezogene Kreditinstitut angewiesen, die auf dieses Konto gezogenen Lastschriften einzulösen, erstmalig im Monat _____.

Etwaige Rückstände sollen ebenfalls abgebucht werden.

Hinweis: Innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, kann die Erstattung des belasteten Betrages verlangt werden. Es gelten dabei die mit dem bezogenen Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Monatlich eingezogen werden alle die Versorgungsabgaben, die der Nordrheinischen Ärzteversorgung bis zum drittletzten Arbeitstag eines Monats gemeldet werden. Der Einzug erfolgt jeweils zum letzten Bankarbeitstag eines Monats.

Arbeitgeber: _____

Betriebs-Nr.: _____

Ansprechpartner: _____

Straße / Hausnummer: _____

Plz/Ort: _____

Geldinstitut: _____

Kontoinhaber (falls abweichend): _____

IBAN (bitte angeben): _____

BIC (bitte angeben): _____

Telefon- bzw. Fax-Nummer: _____

Datum / Stempel / Unterschrift: _____

Diese Erklärung gilt, solange sie nicht schriftlich widerrufen wird.