Antwort-Formblatt SEPA Lastschriftmandat

Die Bezirksärztekammer Rheinhessen ist bemüht ihre Verwaltungskosten so niedrig wie möglich zu halten. Bitte unterstützen Sie uns hierbei.

Bitte erteilen Sie uns eine SEPA-Basis-Lastschrift zum Einzug der Beiträge der Bezirksärztekammer Rheinhessen. Auf eingezogene Beiträge wird, gemäß Beitragssatzung, eine Ermäßigung von 20,00 Euro gewährt.

Bezirksärztekammer Rheinhessen
Herr Brenneisen
117er Ehrenhof 3a
55118 Mainz

SEPA - Lastschriftmandat für SEPA-Basis-Lastschritverfahren

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger) :	Bezirksärztekammer Rheinhessen 117er Ehrenhof 3a 55118 Mainz
Gläubiger-Identifikationsnummer :	DE46ZZZ00000131352
Art der Zahlung :	Wiederkehrende Zahlung

Ich/Wir ermächtige(n) die Bezirksärztekammer Rheinhessen Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Bezirksärztekammer Rheinhessen auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Mandatsreferenz (Mitgliedsnummer) : _____

Kontoinhaber (Vorname, Name) : _____

Straße und Hausnummer : _____

PLZ und Ort : _____

Land : _____

IBAN : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

BIC : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Ort und Datum : _____

Unterschrift(en) : _____