



Ärztekammer des Saarlandes
– Versorgungswerk –
Postfach 10 02 62
66002 Saarbrücken

Gläubiger-Identifikationsnummer
DE79ZZZ00000057232

Ihre Mandatsreferenz
(wird separat mitgeteilt)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Ärztekammer des Saarlandes –Versorgungswerk–, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Ärztekammer des Saarlandes –Versorgungswerk– auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Hierbei gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber		
Name	Vorname	Mitgliedsnummer
Straße und Hausnummer		
Postleitzahl	Ort	

Bankverbindung	
Kreditinstitut	
IBAN	BIC