

SEPA-Basislastschriftmandat für wiederkehrende Lastschriften im Arbeitgebermeldeverfahren



**Berliner
Ärzteversorgung**

Bitte zurück an:

Berliner Ärzteversorgung
Postfach 370146
14131 Berlin

Alternativ:

• Inkasso@versorgungswerke-berlin.de
• Fax 030 816 002 70

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: Berliner Ärzteversorgung, Potsdamer Str. 47, 14163 Berlin
Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE33BAV00000482823**

Mandatsreferenz*:

1000	AG											0	0	0		
------	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	---	---	--	--

Hiermit ermächtige/n ich/wir die Berliner Ärzteversorgung Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Berliner Ärzteversorgung auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Der Einzug soll beginnen

ab Beitragsmonat

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

 und gilt auch für rückwirkende Zeiträume.

Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

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

Betriebsnummer (Pflichtangabe)

Firmenbezeichnung (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Telefonnummer

* Die Mandatsreferenz bitte vor dem Absenden erfragen bei: ☎ 030 816 002 113 Frau Funke

