Absender:
Mitglieds-Nr.:

Berliner Ärzteversorgung

Bitte zurück an:

Berliner Ärzteversorgung
Postfach 370146
14131 Berlin

SEPA-Lastschriftmandat
Berliner Ärzteversorgung, Potsdamer Str. 47, 14163 Berlin
Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE33BAV00000482823**
Mandatsreferenz: *wird Ihnen anschließend noch mitgeteilt*

Hiermit ermächtige ich die Berliner Ärzteversorgung Zahlungen von meinem Bankkonto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Versorgungseinrichtung auf mein Bankkonto 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

Vorname und Nachname (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

IBAN: D E

BIC:

Geldinstitut:

Datum, Ort

Unterschrift