



Landesärztekammer Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Landesärztekammer Hessen K.d.Ö.R.
Beitragsbuchhaltung
Hanauer Landstraße 152
60314 Frankfurt / Main

**Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE85ZZZ00000313980**

**Die Mandatsreferenz
wird separat mitgeteilt**

SEPA - Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

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

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

Name des Mitgliedes (Vorname, Name): [_____]

Kontoinhaber (Vorname, Name): [_____] Mitglied-Nr: [_____]

Straße, Hausnummer: [_____]

PLZ, Ort: [_____]

Kreditinstitut: [_____] BIC: [_____]

IBAN: [_____]

[_____] Ort, Datum

[_____] Unterschrift(en) Kontoinhaber