

K O S T E N Ü B E R N A H M E - E R K L Ä R U N G
Anlage zum Antrag auf Eintragung des Berufsausbildungsvertrages in das Verzeichnis der
Berufsausbildungsverhältnisse für Medizinische Fachangestellte

Ich/Wir werde/n zum _____ Frau/Herrn _____
als Auszubildende/n einstellen.

Zur Deckung der Kosten erkläre/n ich/wir mich/uns bereit, die im jeweils geltenden Kostenverzeichnis der Kostensatzung der Landesärztekammer Hessen festgesetzten Gebühren zu entrichten, die zurzeit betragen:

Gebühr für die Eintragung des Berufsausbildungsvertrages in das Berufsausbildungsverzeichnis - fällig bei Eintragung	€ 35,00
Pauschalgebühr für die Überbetriebliche Ausbildung in der Carl-Oelemann-Schule in Bad Nauheim pro Lehrgang - fällig vor Beginn des jeweiligen Lehrgangs	€ 750,00
Pauschalgebühr für die Überbetriebliche Ausbildung in der Carl-Oelemann-Schule in Bad Nauheim pro Lehrgang, sofern der Berufsausbildungsvertrag von einem Pflichtmitglied der Landesärztekammer Hessen abgeschlossen wurde - fällig vor Beginn des jeweiligen Lehrgangs	€ 510,00
Gebühr für die Zwischenprüfung	€ 65,00
Gebühr für die Abschlussprüfung	€ 210,00
Gebühr für die Wiederholungsprüfung - fällig 14 Tage vor Beginn der jeweiligen Prüfung	€ 180,00

Erteilung von Einzugsermächtigung und SEPA-Lastschriftmandat

1.) Einzugsermächtigung: Ich/Wir ermächtige/n die Landesärztekammer Hessen widerruflich, von meinem/unserem Konto die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift einzuziehen.

2.) SEPA-Lastschriftmandat: Ich/Wir ermächtige/n die Landesärztekammer Hessen, von meinem/unserem Konto die oben genannten Beträge zu den jeweils angegebenen Fälligkeitsterminen und ausschließlich zu den genannten Zwecken 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 kann/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.

Kontoinhaber: Vorname

Kontoinhaber: Nachname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

IBAN – DE

BIC

Kreditinstitut

(Ort und Datum)

(Unterschrift und Stempel des/der ausbildenden Arztes/Ärztin/Ärzte
oder Vertreter)

Hinweis: Ohne Angabe der Bankverbindung ist die Erklärung nicht wirksam!

Zahlungsempfänger: Landesärztekammer Hessen / Gläubiger Identifikationsnummer: DE 85ZZZ00000313980 / Die Mandatsreferenz wird Ihnen separat mitgeteilt.