



Postanschrift:
Postfach 100619, 07706 Jena

Hausanschrift:
Im Semmicht 33, 07751 Jena

Tel.: (03641) 614-0 Fax: (03641) 614-258
Email: service@aerztevers-thueringen.de

Ärzteversorgung Thüringen
Postfach 100619
07706 Jena

SEPA-Lastschriftmandat

Versorgungsnummer: 0

Gläubiger-Identifikationsnummer
der Ärzteversorgung Thüringen

DE61ZZZ00000045625

Mandatsreferenz

Titel, Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

IBAN

.....|.....|.....|.....|.....|.....

BIC

.....

Mandat für einmalige Zahlung

Mandat für wiederkehrende Zahlungen

Hiermit ermächtige ich die Ärzteversorgung Thüringen, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Ärzteversorgung Thüringen auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis:

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

....., den

.....

Unterschrift / Stempel

bitte wenden!

Abweichender Kontoinhaber

(nur ausfüllen, wenn Sie nicht der Kontoinhaber sind)

Name, Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

Postleitzahl, Ort _____

..... , den

.....

Unterschrift des Kontoinhabers,
der nicht mit dem Zahlungspflichtigen
identisch ist