



Ärzteversorgung Thüringen

Einrichtung der Landesärztekammer Thüringen KdöR

**Bestand/Rente**

Tel.: 03641 614 - 0

Fax: 03641 614 - 258

E-Mail: [service@aev-thueringen.de](mailto:service@aev-thueringen.de)

Ärzteversorgung Thüringen  
Postfach 100619  
07706 Jena

## SEPA-Lastschriftmandat für Mitglieder

Versorgungsnummer:

**Gläubiger-Identifikationsnummer**

DE61ZZZ00000045625

**Mandatsreferenz**

**Titel, Name, Vorname**

**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.

**Bankverbindungen**

Deutsche Apotheker- und Ärztebank  
IBAN: DE 02 3006 0601 0003 2940 48  
BIC: DAAEDED  
Commerzbank  
IBAN: DE 89 8204 0000 0258 5230 00  
BIC: COBADEFFXXX

**Kontakt**

Postfach 100619 | 07706 Jena  
Im Semmicht 33 | 07751 Jena  
Tel.: 03641 614 - 0  
Web: [www.laek-thueringen.de](http://www.laek-thueringen.de)

**Datenschutz**

Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten (Datenschutzhinweise nach Artikel 13, 21 der Datenschutz-Grundverordnung) finden Sie auf unserer Homepage [www.laek-thueringen.de/datenschutz](http://www.laek-thueringen.de/datenschutz).  
Ist es Ihnen nicht möglich, unsere Datenschutzhinweise dort einzusehen, senden wir Ihnen diese auf Anforderung gerne zu.



Ärzteversorgung Thüringen  
Einrichtung der Landesärztekammer Thüringen KdöR

**Bestand/Rente**

Tel.: 03641 614 - 0  
Fax: 03641 614 - 258  
E-Mail: service@aev-thueringen.de

### Abweichender Kontoinhaber

(nur ausfüllen, wenn Sie nicht der Kontoinhaber sind)

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers, der nicht mit dem  
Zahlungspflichtigen identisch ist

### Lastschriftmodalitäten

Die Lastschrift soll entsprechend des Lastschriftplanes

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> monatlich          | <input type="checkbox"/> vierteljährlich       |  |
| <input type="checkbox"/> erstmalig ab ..... | <input type="checkbox"/> rückwirkend zum ..... | <input type="checkbox"/> einmalig am ..... |

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pflichtabgabe | <input type="checkbox"/> zusätzliche Abgabe |
|--|---|

in Höhe von

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1,3fache der Regelhöchstabgabe / IAG | <input type="checkbox"/> 3/10 der Regelhöchstabgabe |
| <input type="checkbox"/> der Regelhöchstabgabe                | <input type="checkbox"/> 1/10 der Regelhöchstabgabe |
| <input type="checkbox"/> anderer Betrag .....                 | erfolgen.   |

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Stempel