



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.

**Bankverbindung**

**Deutsche Apotheker- und Ärztebank**

für Rentenbeitragszahlungen

IBAN: DE39 3006 0601 0043 2940 48

BIC: DAAEDED

für sonstige Zahlungen

IBAN: DE02 3006 0601 0003 2940 48

BIC: DAAEDED

**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

- monatlich                       vierteljährlich  
 erstmalig ab                       rückwirkend zum                       einmalig am

- .....  
\_\_\_\_\_  
 Pflichtabgabe                       zusätzliche Abgabe

in Höhe von

- 1,3fache der Regelhöchstabgabe / IAG                       3/10 der Regelhöchstabgabe  
 der Regelhöchstabgabe                       1/10 der Regelhöchstabgabe  
 anderer Betrag ..... erfolgen.

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

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