

Landesärztekammer Thüringen	
Im Semmicht 33	07751 Jena
Tel.: 03641 614 – 0	Fax: 03641 614 – 169



## Erklärung gegenüber der Landesärztekammer Thüringen, Abteilung Weiterbildung

Bitte senden Sie das Formular ausgefüllt und unterschrieben an die Landesärztekammer Thüringen, Abteilung Weiterbildung zurück.

Deb.-Nr.: .....

Titel: ..... Vorname: ..... Name: .....

E-Mail: .....

Nach den Buchstaben J des Kostenverzeichnisses der Anlage zu § 1 Gebührenordnung der Landesärztekammer Thüringen werden folgende Gebühren im Bereich der Weiterbildung erhoben:

**Anmeldung zur Fachsprachenprüfung ..... 450,00 Euro**

**Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats**

Gläubiger-Identifikationsnr.: DE 87ZZZ00000070668 Mandatsreferenz: 77-

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Landesärztekammer Thüringen, die Gebühr von meinem Konto mittels Lastschrift 14 Tage nach Antragstellung einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Landesärztekammer Thüringen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kreditinstitut: .....

BIC: \_\_\_\_\_

IBAN: D E \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

**IBAN und BIC finden Sie auf Ihrer Bankkarte oder Ihrem Kontoauszug!**

**Datum, Ort und Unterschrift d. Kontoinhabers:**.....

### Abmeldebedingung:

- Eine Abmeldung muss stets schriftlich und rechtzeitig erfolgen.
- Vor Vergabe des Prüfungstermins wird von der Erstattung bei Rücknahme des Antrages eine Aufwandspauschale von **100,00 €** einbehalten.
- Nach Vergabe des Prüfungstermins ist keine Erstattung der Gebühr mehr möglich.

Deutsche Apotheker- und Ärztebank Erfurt

Konto-Nr.: 0003101401  
IBAN: DE 40 3006 0601 0003 1014 01

BLZ: 300 606 01  
BIC: DAAEDED