



# NORDRHEINISCHE ÄRZTEVERSORGUNG

Einrichtung der Ärztekammer Nordrhein  
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

Nordrheinische Ärzteversorgung  
Finanz- und Rechnungswesen  
Postfach 103953  
40030 Düsseldorf

oder per Fax an:

**0211 4302 1346**

## **SEPA-Lastschriftmandat für Gläubiger ID DE 20 NA V 0 0 0 0 0 0 6 8 8 4**

Hiermit wird die **Nordrheinische Ärzteversorgung** jederzeit widerruflich ermächtigt, Zahlungen von unten genanntem Konto per Lastschrift einzuziehen. Zugleich wird das bezogene Kreditinstitut angewiesen, die auf dieses Konto gezogenen Lastschriften einzulösen, erstmalig im Monat \_\_\_\_\_.

Etwaige Rückstände sollen ebenfalls abgebucht werden.

Hinweis: Innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, kann die Erstattung des belasteten Betrages verlangt werden. Es gelten dabei die mit dem bezogenen Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Monatlich eingezogen werden alle die Versorgungsabgaben, die der Nordrheinischen Ärzteversorgung bis zum drittletzten Arbeitstag eines Monats gemeldet werden. Der Einzug erfolgt jeweils zum letzten Bankarbeitstag eines Monats.**

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Betriebs-Nr.: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

Straße / Hausnummer: \_\_\_\_\_

Plz/Ort: \_\_\_\_\_

Geldinstitut: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber (falls abweichend): \_\_\_\_\_

**IBAN (bitte angeben):** \_\_\_\_\_

**BIC (bitte angeben):** \_\_\_\_\_

Telefon- bzw. Fax-Nummer: \_\_\_\_\_

Datum / Stempel / Unterschrift: \_\_\_\_\_

Diese Erklärung gilt, solange sie nicht schriftlich widerrufen wird.