

SEPA - Lastschrift - Mandat (Ermächtigung)

Zahlungsempfänger

Creditor ID: AT65ZZZ00000019524

Ärztchammer für Vorarlberg
Schulgasse 17
6850 Dornbirn

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen die Ärztekammer für Vorarlberg Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA - Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/unser Kreditinstitut an, die von der Ärztekammer für Vorarlberg auf mein/unser Konto gezogenen SEPA – Lastschriften einzulösen. Ich kann/ Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungspflichtiger

Name

Anschrift

IBAN

BIC

Ermächtigung für:

Krankenversicherung ...
Umlagen ...
Wohlfahrtsfond ...
Sonstige ...

Mandatsreferenz:

(Arzt-Nr.) 00 KV
(Arzt-Nr.) 00 KU
(Arzt-Nr.) 00 PF
(Arzt-Nr.) 00 XX

Ort, Datum

Unterschrift