

---

Versorgungseinrichtung  
der Ärztekammer Schleswig-Holstein  
Bismarckallee 14-16  
23795 Bad Segeberg

ELEA

SEPA-Lastschriftmandat

Mitglieds-Nr.:

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger:  
Versorgungseinrichtung der Ärztekammer Schleswig-Holstein  
Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE17VEA00000402504**

Ich ermächtige die Versorgungseinrichtung der Ärztekammer Schleswig-Holstein in Bad Segeberg, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Versorgungseinrichtung der Ärztekammer Schleswig-Holstein 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.

Zahlungspflichtiger: \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl und Ort: \_\_\_\_\_

Name und Ort des Kreditinstituts: \_\_\_\_\_

BIC (8- oder 11-stellig): 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IBAN: 

D	E																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Abweichender Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Beginn des Mandats: \_\_\_\_\_