

**Ärztekammer Nordrhein
Buchhaltung
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf**

E-Mail: buchhaltung@aejno.de

SEPA-Lastschriftmandat

Mitgliedsnummer: (falls zur Hand) _____

Vorname: _____

Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Ich ermächtige die Ärztekammer Nordrhein, Zahlungen von meinem unten stehenden Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Ärztekammer Nordrhein 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.

IBAN: _____

BIC: _____

Bankinstitut: _____

Vorname und Name (Kontoinhaber) _____

Ort, Datum, Unterschrift _____