

## Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften



An:

Landesärztekammer Rheinland-Pfalz  
Deutschhausplatz 3

55116 Mainz

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

### Name u. Anschrift des Kontoinhabers:

Vor-/Zuname : \_\_\_\_\_

Straße / Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Hiermit ermächtige(n) ich/wir die:

### Landesärztekammer Rheinland-Pfalz, Körperschaft des Öffentlichen Rechts

widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos:

Kontonummer: \_\_\_\_\_

Bankleitzahl: \_\_\_\_\_

Kontoführendes Kreditinstitut (genaue Bezeichnung):

\_\_\_\_\_

durch Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum, Unterschrift

Bitte ausgefüllt und unterschrieben an die Landesärztekammer schicken.