



Landesärztekammer Rhld.-Pf. · Deutschhausplatz 3 · 55116 Mainz · ak

Landesärztekammer Rheinland-Pfalz  
Beitragsbuchhaltung  
Deutschhausplatz 3  
55116 Mainz

### SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)	Landesärztekammer Rheinland-Pfalz Deutschhausplatz 3, 55116 Mainz
Gläubiger-Identifikationsnummer	<b>DE33ZZZ00000267677</b>
Art der Zahlung	Wiederkehrende Zahlung ( <b>gültig ab sofort</b> )

Ich/Wir ermächtige(n) die Landesärztekammer Rheinland-Pfalz Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/ unser Kreditinstitut an, die von der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Mandatsreferenz (Mitgliedsnummer):	Zahlungspflichtige/r:
---------------------------------------	-----------------------

Kontoinhaber/in(nen), falls nicht  
Zahlungspflichtige/r  
(Name, Vorname): \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ und Ort: \_\_\_\_\_

IBAN:

BIC:

Ort und Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift(en)  
Kontoinhaber/in(nen): \_\_\_\_\_