

S E P A - L a s t s c h r i f t m a n d a t
für den Kammerbeitrag

Hiermit ermächtige ich die Ärztekammer Berlin alle auf der Grundlage der jeweils geltenden Beitragsordnung in Bezug auf mich entstandenen Forderungen von meinem nachfolgend benannten Konto einzuziehen.

Registriernummer:

Name:

IBAN:

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

BIC:

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

Datum

Unterschrift

Hinweis: Sie erkennen unsere Abbuchungen an der Gläubiger-Identifikationsnummer **DE08ZZZ00000534295** und der Mandatsreferenznummer, die wir Ihnen im Beitragsbescheid mitteilen.

Hinweis: Die Mandatsreferenznummer erfasst alle im Zusammenhang mit dem Beitrag zur Ärztekammer Berlin stehenden Forderungen. Ihr SEPA-Lastschriftmandat wird automatisch gelöscht, sofern die letzte Nutzung mehr als 36 Monate zurückliegt (ab Fälligkeit der zuletzt vorgelegten SEPA-Lastschrift).

Oder

Zahlung des Beitrages per Überweisung:

auf das Konto der Ärztekammer Berlin bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank

IBAN: DE48300606010001134000

BIC: DAAEEDDD

unter der Angabe Ihrer Registriernummer, Ihres Namens und des Zahlungsvermerks:
Beitrag 2021.