

Ärztchammer Berlin  
Abteilung 3, Berufsbildung  
Friedrichstraße 16  
10969 Berlin

- Bitte hier knicken -

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE08ZZZ00000534295,  
Mandatsreferenznummer: Wird mit erstem Gebührenbescheid separat mitgeteilt

## SEPA-Lastschriftmandat

- Bitte ausfüllen, falls gewünscht -

Hiermit ermächtige/n ich/wir die Ärztekammer Berlin, Gebühren, die sie für Amtshandlungen und Leistungen anlässlich der Ausbildung meines/meiner/unsere Auszubildenden zur Medizinischen Fachangestellten gemäß der jeweils geltenden Gebührenordnung erhebt, von meinem/ unserem Konto einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/ unser Kreditinstitut an, die von der Ärztekammer Berlin auf mein/ unser Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

### Hinweise:

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.

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für alle Gebührenforderungen der Ärztekammer Berlin aus aktuell und zukünftig eingetragenen Ausbildungsverhältnissen, es sei denn ich/wir erkläre/n schriftlich den Widerruf gegenüber der Ärztekammer Berlin.

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

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_ / BIC \_\_\_\_\_

IBAN: DE \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Datum/Ort: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

### **Name/n und Unterschrift/en des/der verfügbarsbefugten Kontoinhaber/s**

Akad. Grade/Vorname/Name: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Akad. Grade/Vorname/Name: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Akad. Grade/Vorname/Name: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Akad. Grade/Vorname/Name: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_