

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.