

## Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften



An:  
Landesärztekammer Rheinland-Pfalz  
Körperschaft des Öffentlichen Rechts  
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.