

SEPA-Lastschriftmandat

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: DAAEDED

unter der Angabe Ihrer Registriernummer, Ihres Namens und des Zahlungsvermerks: Beitrag 2026.