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: DAAEDEDD

unter der Angabe Ihrer Registriernummer, Ihres Namens und des Zahlungsvermerks: Beitrag 2025.