



Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE87ZZZ00000641319

An die
Ärztekammer Westfalen-Lippe
Postfach 40 67
48022 Münster

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Ärztekammer Westfalen-Lippe, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Ärztekammer Westfalen-Lippe auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift werden wir Sie darüber informieren und Ihnen Ihre Mandatsreferenz mitteilen.

Name, Vorname

Straße, Hausnummer, PLZ und Ort

IBAN

BIC

Kreditinstitut

Datum

Unterschrift/Stempel