Name und Anschrift des Arbeitgebers:	Abrechnungsstelle und Ansprechpartner:
☎	☎
🖹	🖹

Per Fax zurück an: 040 – 22 71 96 96

Versorgungswerk der
Ärztekammer Hamburg
Winterhuder Weg 62
22085 Hamburg

Die Lastschriftermächtigung soll gelten:

☐ ab Beitragsmonat _____

☐ auch rückwirkend ab _____

Betriebsnummer: ⇒ |__|__|__|__|__|__|__|__|
bitte unbedingt eintragen

ERMÄCHTIGUNG

Hiermit ermächtige ich das Versorgungswerk der Ärztekammer Hamburg, die monatlichen Versorgungsabgaben für meine Angestellten bis auf Widerruf im Lastschrifteinzugsverfahren abzubuchen.

Kontoinhaber:	
Kontonummer:	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Bankleitzahl:	|__|__|__|__|__|__|__|__|
Bankname:	
IBAN:	
BIC:	

Die monatlichen Beitragsnachweise sind ab dem 1.1.2009 auf elektronischem Weg zu übermitteln (DEÜV-Verfahren). Zertifizierte Gehaltsabrechnungsprogramme ermöglichen die direkte Meldung, ansonsten muss die Meldung der Beitragsnachweise mittels SV.NET/Online erfolgen.

Ort und Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Bitte beachten Sie folgende wichtige Hinweise:

1. Die Abbuchung wird zum Ende eines Monats vorgenommen.
2. Die Ermächtigung gilt für alle Angestellten, die beim Versorgungswerk der Ärztekammer Hamburg Mitglied sind.
3. Sie können die Ermächtigung jederzeit zurückziehen.
4. Senden Sie die Ermächtigung umgehend zurück, um eine termingemäße Abbuchung zu ermöglichen.
5. Eine Abbuchung, die nicht zum Fälligkeitszeitpunkt vorgenommen werden kann, wird nachgeholt.
6. Bitte teilen Sie uns jede Änderung (Kreditinstitut, Kontonummer) umgehend mit.