An das
Versorgungswerk der
Ärztekammer Hamburg
Winterhuder Weg 62
22085 Hamburg

Oder per Fax an 040 – 22 71 96 96

Mitgliedsnummer:	
Name, Vorname:	
Anschrift:	

ERMÄCHTIGUNG

Hiermit ermächtige ich das Versorgungswerk der Ärztekammer Hamburg die Versorgungsbeiträge in Höhe von monatlich € _____ ab _____ bis auf Widerruf im Lastschrift-einzugsverfahren abzurufen.

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

(IBAN und BIC finden Sie auf Ihren Kontoauszügen)

_____ _____

Ort und Datum Unterschrift des Kontoinhabers

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

1. Die Abbuchung wird etwa zum Ende des Fälligkeitsmonats vorgenommen, auf Wunsch auch rückwirkend.
2. Der Einzug von einem Sparkonto (Sparbuch) ist nicht zulässig.
3. Sie können die Ermächtigung jederzeit schriftlich zurückziehen.
4. Sofern Sie die Beiträge z. Zt. per Dauerauftrag entrichten, löschen Sie diesen bitte bei Ihrer Bank.
5. Bitte teilen Sie uns jede Änderung Ihrer Bankverbindung umgehend mit.
6. Die Abbuchung kann nur von einem deutschen Girokonto erfolgen.