



**ÄRZTEVERSORGUNG**  
Westfalen-Lippe

Bitte zurücksenden an:

Ärzteversorgung Westfalen-Lippe

Mitgliederabteilung

Scharnhorststraße 44

48151 Münster

**Name:**

**Vers.-Nr.:**

## **Einzugsermächtigung**

**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE39MGL00000319076**

### **SEPA-Lastschriftmandat**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die Ärzteversorgung Westfalen-Lippe, wiederkehrende Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift ab \_\_\_\_\_ einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Etwaige Rückstände bitte ich ebenfalls mit einzuziehen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.

Angaben des Kontoinhabers:

Vorname, Name	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Ort	
Land	
Kreditinstitut	BIC
IBAN	
Betrag	

Ort, Datum	Unterschrift/en des/r Kontoinhaber/s
------------	--------------------------------------