



Erteilung eines SEPA Lastschriftmandats für Arbeitgeber

Bitte ausfüllen, unterschreiben und zurücksenden an:

Ärzteversorgung Westfalen-Lippe
Mitgliedsbuchhaltung
Am Mittelhafen 30
48155 Münster

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE39MGL00000319076

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die Ärzteversorgung Westfalen-Lippe, wiederkehrende Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift ab dem Abrechnungsmonat _____ einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Ärzteversorgung Westfalen-Lippe auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Arbeitgeber:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

Betriebsnummer des Arbeitgebers:

Name des Kontoinhabers (falls abweichend):

Kreditinstitut:

BIC:

IBAN:

Ort, Datum

Unterschrift/en des/r Kontoinhaber/s