

An die
Ärztchammer Bremen / B
Postfach 10 77 29
28077 Bremen

Absender:in

Vor- und Nachname

Straße

Ort

oder E-Mail: beitrag@aekhb.de

Ärztchammerbeitrag; hier: Kontoverbindung für Rücküberweisung

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie haben meinen Ärztekammerbeitrag endgültig berechnet. Dabei hat sich ein Guthaben ergeben.

Bitte überweisen Sie mein Guthaben an meine aktuelle Kontoverbindung, die ich in unten vorgegebener Tabelle eingetragen habe.

IBAN	DE_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
BIC (im Inland nicht notwendig)	

Vielen Dank.

Mit freundlichen Grüßen

Datum/Unterschrift