

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

Absender:in

Vor- und Nachname

Straße

Ort

oder E-Mail: beitrag@aekhb.de

Zahlung des Kammerbeitrags/SEPA-Lastschriftmandat:

Sehr geehrte Damen und Herren,

Ich ermächtige die Ärztekammer Bremen, den Kammerbeitrag mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Ärztekammer Bremen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen

Kontoverbindung: DE__ _____ (IBAN) _____ (BIC-im Inland nicht notwendig)

- In einer Summe am 1.4.
 - In vier Raten am 1.4., 1.7., 1.10. und 1.12 abgebucht werden.
 - In zwei Raten am 1.4. und 1.10.
- Hinweis: Eine Ratenzahlung ist ab 200 Euro Jahresbeitrag möglich. Die Abbuchung in Raten zu diesen Terminen ist nur möglich, wenn Ihre Unterlagen frühzeitig vorliegen. Sonst werden alle fälligen Raten zum nächsten Termin nach der Bearbeitung eingezogen. Dabei kann es vorkommen, dass mehrere Raten gleichzeitig abgebucht werden.

Vielen Dank.

Mit freundlichen Grüßen

Datum/Unterschrift