



Ärztekammer des Saarlandes  
Postfach 10 02 62  
66002 Saarbrücken

**Gläubiger-Identifikationsnummer**  
DE79ZZZ00000057232

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Ärztekammer des Saarlandes, den Ärztekammerbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Ärztekammer des Saarlandes 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.

Arztnummer		
Name	Vorname	Titel
Straße und Hausnummer		
Postleitzahl	Ort	

<b>Bankverbindung</b>	
Kreditinstitut	
IBAN	BIC