



Ärztekammer des Saarlandes
– Versorgungswerk –
Postfach 10 02 62
66002 Saarbrücken

**Beitragsfestsetzung aus ärztlicher
Tätigkeit in Corona-Impfzentren
und/oder Corona-Testzentren**

Antragsteller		
Name	Vorname	Titel
Geburtsdatum	Mitgliedsnummer	
Straße		
Postleitzahl	Ort	

Aufnahme der Tätigkeit

Beitragsfestsetzung für Monat/Jahr

Die Bruttovergütung beträgt

Anzahl der Dienste

- Ich habe in diesem Monat keine Einnahmen aus ärztlicher Tätigkeit in Corona-Impfzentren und/oder Corona-Testzentren.

Die Beitragszahlung

- soll angefordert werden von meinem Bankkonto.
(bitte SEPA-Lastschriftmandat beifügen, sofern die Bankverbindung dem Versorgungswerk nicht bekannt ist)
- soll angefordert werden vom Honorarkonto bei der KVS-Nr.
- werde ich selbst veranlassen.



Ärztekammer des Saarlandes
– Versorgungswerk –
Postfach 10 02 62
66002 Saarbrücken

Gläubiger-Identifikationsnummer
DE79ZZZ00000057232

Ihre Mandatsreferenz
(wird separat mitgeteilt)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Ärztekammer des Saarlandes –Versorgungswerk–, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Ärztekammer des Saarlandes –Versorgungswerk– auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Eine Abbuchung per SEPA-Lastschrift ist nur von einem deutschen Konto möglich.

Hinweis

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Hierbei gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber		
Name	Vorname	Mitgliedsnummer
Straße und Hausnummer		
Postleitzahl	Ort	

Bankverbindung	
Kreditinstitut	
IBAN	BIC

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber