

**Landesverband Niedersachsen der Ärztinnen und Ärzte
des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V.**

(z. H. der Schatzmeisterin / des Schatzmeisters der örtlich zuständigen Bezirksgruppe)

SEPA – Lastschriftmandat für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Name und Anschrift der/des Kontoinhaber/in:

Hiermit ermächtige ich den **Landesverband Niedersachsen der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V.**, die von mir zu entrichtenden Jahresbeiträge bei Fälligkeit (15.02. jeden Jahres) mittels Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Landesverband auf mein Konto bezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN: _____ **BIC:** _____

Kreditinstitut: _____

Gläubiger-ID: DE56ZZZ0001020177

Mandatsreferenz: wird nach Eingang und Aufnahme in den Landesverband zugeteilt.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)