

**SEPA-Bankeinzugsverfahren**

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

Lübecker **Ä**rztenetz e. V.  
Meesenring 1  
23566 Lübeck

Name und Anschrift des Kontoinhabers

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gläubiger-ID: DE44ZZZ00001065789

Mandats-Nr.: \_ \_ \_ \_ \_ (wird vom Lübecker **Ä**rztenetz vergeben)

Hiermit erteile ich die jederzeit widerrufliche Ermächtigung, meinen Jahresbeitrag für das **Lübecker **Ä**rztenetz e. V.**, Meesenring 1, 23566 Lübeck, gemäß Beitragsordnung v. 14.07.2009 bei Fälligkeit zu Lasten

meines Kontos mit IBAN \_ \_ \_ \_ \_ - - - - -

BIC CODE \_ \_ \_ \_ \_

bei \_\_\_\_\_ durch SEPA-Lastschrift einzuziehen.  
(Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstituts)

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Lübecker **Ä**rztenetz e.V. 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.

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Ort, Datum, Unterschrift:

---

Stempel:

\_\_\_\_\_