

## SEPA Lastschrift-Mandat

---

Creditor ID: **AT36ZZZ00000005108**

IBAN AT192040400040005134 (**Wohlfahrtsfonds** der Ärztekammer für  
Salzburg)  
BIC: SBGSAT2SXXX

IBAN AT902040400040004244 (Ärztekammer für Salzburg)  
BIC: SBGSAT2SXXX

Zahlungsempfänger: Ärztekammer für Salzburg,  
Wohlfahrtsfonds bzw. Kammerumlage  
Faberstraße 10  
5020 Salzburg

Mandatsreferenz: \_\_\_\_\_ (Ihre Arztnummer ÄK für Sbg.)

Ich ermächtige die Ärztekammer für Salzburg, Zahlungen von meinem **inländischen Konto** mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Ärztekammer für Salzburg auf mein Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

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.

NAME: \_\_\_\_\_

ANSCHRIFT: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Bezeichnung Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

Hinweis: Bitte alle o.a. Felder vollständig ausfüllen (IBAN und BIC!)

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers