

Baden-Württembergische Versorgungsanstalt  
für Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte  
Postfach 26 49  
72016 Tübingen

LE

SEPA-Lastschriftmandat  
für den Arbeitgeber

**SEPA-Lastschriftmandat**

Zahlungsempfänger:

Baden-Württembergische Versorgungsanstalt für Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE4600100000033091

Mandatsreferenz: 

--	--	--	--	--	--	--	--

 (bitte Betriebsnummer angeben)

Die Baden-Württembergische Versorgungsanstalt für Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte in Tübingen, wird ermächtigt, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Baden-Württembergischen Versorgungsanstalt für Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte 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.

Zahlungspflichtiger: Arbeitgebername: \_\_\_\_\_

Straße/Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

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

BIC (8 oder 11 Stellen): \_\_\_\_\_

Name/ Ort des Kreditinstituts: \_\_\_\_\_

Beiträge abbuchen ab Meldemonat: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Ihre Daten werden nur erhoben und verarbeitet, soweit dies für die Wahrnehmung der Aufgaben der Versorgungsanstalt erforderlich ist. Wir informieren Sie zum Umgang mit Ihren Daten und Rechten im Internet unter [www.bwva.de](http://www.bwva.de). Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne zu.**