

Zurück an:

Hessische Zahnärzte-Versorgung
Rhonestraße 4
60528 Frankfurt

Mandat für das SEPA-Basislastschriftverfahren als Arbeitgeber/in

gültig für Beiträge angestellter Zahnärztinnen / Zahnärzte zur Hessischen Zahnärzte-Versorgung

Ich / Wir ermächtige(n) die Hessische Zahnärzte-Versorgung, die Beiträge zum Versorgungswerk für die o.g. Betriebsnummer ab dem nächstmöglichen Termin von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Gleichzeitig weise(n) ich mein / wir unser Kreditinstitut an, die von der Hessischen Zahnärzte-Versorgung auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Name beschäftigte/r Arbeitnehmer/in	Betriebsnummer Arbeitgeber/in
Name und Anschrift des Zahlungsempfängers Hessische Zahnärzte-Versorgung, Rhonestraße 4, 60528 Frankfurt	Gläubiger-Identifikationsnummer DE42ZZZ00000531064
Name der Kontoinhaberin / des Kontoinhabers	
Anschrift des/der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/in)	
IBAN (22-Stellen)	
BIC	
Name des Kreditinstituts	

Eingezogen werden die von Ihnen gemeldeten Beiträge aller Ihrer Arbeitnehmer/innen (Mitglieder der Hessischen Zahnärzte-Versorgung). Eine Vorabinformation über anstehende Lastschriften ist daher, analog zur Handhabung der Gesetzlichen Sozialversicherung, nicht erforderlich.

Die Beiträge werden am Ende des Monats, für den die Gehaltszahlung bestimmt ist, zur Zahlung fällig; Meldungen sind analog zur Gesetzlichen Sozialversicherung so rechtzeitig einzureichen, dass die Beiträge spätestens bei Fälligkeit (unter Berücksichtigung der banktechnischen Vorlaufzeiten) abgebucht werden können. Nachmeldungen werden innerhalb weniger Tage eingezogen.

Mit der Speicherung meiner / unserer Daten und deren Verwendung zum Zwecke des Lastschrifteinzugs bin ich / sind wir einverstanden. Meine / unsere Angaben erfolgen freiwillig.

Ort	Datum	AG-Betriebsnr.	Unterschrift der Kontoinhaberin / des Kontoinhabers
-----	-------	----------------	---