

# SEPA-Basis-Lastschriftmandat

**BITTE IM ORIGINAL (PER POST) ZURÜCKSENDEN**

- Faxe und E-Mails sind auf Grund der rechtlichen Vorgaben nicht zulässig -

Bezirksärztekammer Pfalz  
 Maximilianstr. 22  
 67433 Neustadt

Um die Verwaltungskosten niedrig zu halten bitten wir Sie , uns ein SEPA-Basis-Lastschriftmandat zum Einzug des Kammerbeitrages der Bezirksärztekammer Pfalz zu erteilen. Da von den Banken ausschließlich das SEPA-Verfahren angewendet werden darf, benötigen wir von Ihnen die IBAN und BIC-Daten. Diese finden Sie auf Ihrer EC-Karte beziehungsweise Kontoauszügen. Bitte unterstützen Sie uns hierbei. Sollten sich künftig Änderungen Ihrer Bankdaten ergeben, teilen Sie uns dies auch bitte **schriftlich (per Briefpost)** mit.

Bezirksärztekammer Pfalz-      Gläubiger-Id.: DE49ZZZ00000740555  
 Mandatsreferenz-Nr.: wird von uns automatisch vergeben

-----

**- SEPA-Basis-Lastschriftmandat -**

Hiermit ermächtige ich die Bezirksärztekammer Pfalz bis auf Widerruf den Kammerbeitrag und den Fürsorgebeitrag (sowie die MFA-Umlage, falls erhoben) von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Bezirksärztekammer Pfalz auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, kann ich die Erstattung des belasteten Betrages verlangen, es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vor-/Zuname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
 (PLZ Ort/Straße Nr.)

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_  
 (genaue Bezeichnung)

IBAN																				
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC											
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_  
 (Zahlungspflichtiger)

abweichender Kontoinhaber: \_\_\_\_\_  
 (Name in Druckschrift)

**Datenschutz:**

Ich stimme zu, dass die vorstehenden personenbezogenen Daten von der Bezirksärztekammer Pfalz ausschließlich zum Zweck der Abbuchung des zu zahlenden Kammerbeitrags und Fürsorgebeitrags (sowie der MFA-Umlage, falls erhoben) verarbeitet und gespeichert werden. Eine erteilte Einzugsermächtigung zur Teilnahme am SEPA-Lastschriftverfahren kann jederzeit für die Zukunft widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird durch diesen nicht berührt.

**Nach der Datenschutz-Grundverordnung stehen Ihnen folgende Rechte zu:**

- Werden Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet, so haben Sie das Recht Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten (Art. 15 DSGVO).
- Sollten unrichtige personenbezogene Daten verarbeitet werden, steht Ihnen ein Recht auf Berichtigung zu (Art. 16 DSGVO).
- Liegen die gesetzlichen Voraussetzungen vor, so können Sie die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung verlangen sowie Widerspruch gegen die Verarbeitung einlegen (Art. 17, 18 und 21 DSGVO).
- Sollten Sie von Ihren oben genannten Rechten Gebrauch machen, prüft die öffentliche Stelle, ob die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind.

**Weiterhin besteht ein Beschwerderecht beim Rheinland-Pfälzischen Landesbeauftragten für den Datenschutz:**

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Rheinland-Pfalz  
Postfach 30 40  
55020 Mainz

**Name und Anschrift des für die Verarbeitung Verantwortlichen:**

Bezirksärztekammer Pfalz  
Maximilianstraße 22  
67433 Neustadt/Weinstraße  
Tel.: 06321 9284-0  
Fax: 06321 92844-4  
[info@aek-pfalz.de](mailto:info@aek-pfalz.de)

**Name und Anschrift des Datenschutzbeauftragten der Bezirksärztekammer Pfalz:**

Berthold Geiger  
Friedrichstraße 9  
69469 Weinheim  
Telefon: 06201-25 59 688  
Fax: 06201 – 25 59 638

**Bitte beachten Sie auch unsere Datenschutzhinweise auf**  
<https://aek-pfalz.de/datenschutz.php>