

**SEPA-Mandat für eigene Versorgungsabgaben
zur Versorgungsanstalt bei der Landeszahnärztekammer RLP (VARLP)**

Sehr geehrtes Mitglied,

die Satzung und Gebührenordnung der Versorgungsanstalt zum 01.01.2022 sieht vor, dass alle Teilnehmer zur Einziehung der Versorgungsabgaben ein SEPA-Mandat zu erteilen haben. Andernfalls fällt aufgrund des erheblichen Verwaltungsaufwands eine Gebühr in Höhe von 15,00 EUR je Zahlung an.

Die SEPA-Abbuchungen erfolgen unter der Mandatsreferenz, die Ihnen nach Erteilung des Mandats der VARLP mitgeteilt wird, sowie der Gläubiger-ID „DE47ZZZ00000585779“ von dem im erteilten Mandat mitgeteilten Konto.

Die Nutzung des SEPA-Mandats erfolgt ab dem zahlungspflichtigen Beitragsmonat für alle noch nicht entrichteten fälligen Beiträge.

Wir bitten um Rücksendung des unterschriebenen SEPA-Mandats.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre VARLP

Bitte das **SEPA**-Mandat an die VARLP senden

**Versorgungsanstalt bei der
Landes Zahnärztekammer RLP (VARLP)**
117er Ehrenhof 3
55118 Mainz

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE47ZZZ00000585779
Mandatsreferenz:
wird Ihnen gesondert mitgeteilt

Erteilung eines **SEPA-LASTSCHRIFTMANDATS** (gültig ab: _____)

Mitglieds-Nr.: _____

_____ Mitglied (Name)

_____ Straße und Hausnummer

_____ PLZ und Ort

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die VARLP, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der VARLP auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

_____ Kreditinstitut (Name)

_____ Kreditinstitut (BIC)

IBAN: DE _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _

_____ Name Kontoinhaber

_____ Ort

_____ Datum

_____ Unterschrift des Kontoinhabers/der Kontoinhaber