

Westring 496 • 24106 Kiel
Telefon (04 31) 26 09 26- 43
Telefax (04 31) 26 09 26- 45



MGNr.

Gläubiger-Identifikationsnummer DE36ZZZ00000400901

SEPA-Lastschriftmandat für

Ich ermächtige das Versorgungswerk der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

- Dies gilt
- ab sofort. Mögliche rückständige Beiträge weise ich an.
 - ab sofort, inklusive rückständiger Beiträge.
 - ab _____

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Versorgungswerk der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein 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.

ANGABEN ZUM KREDITINSTITUT

Name _____

BIC _____ | _____ (Angabe bitte auch innerhalb Dtl.)

IBAN DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

Das Mandat ist dem Kontoinhaber ggf. zum Ausfüllen und zur Unterschriftenleistung vorzulegen.

ANGABEN ZUM KONTOINHABER (falls abweichend)

(Titel) Name, Vorname _____

Straße und Hausnummer _____

Postleitzahl und Ort _____

Betriebsnummer _____

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel