

ZAHNÄRZTEKAMMER BERLIN
Q-BuS-Dienst
Stallstraße 1
10585 Berlin

NAME: _____

ANSCHRIFT: _____

TELEFON: _____

TELEFAX: _____

SEPA Basis-Lastschriftverfahren
(Gläubiger-ID: DE34ZZZ00000584655)

Hiermit ermächtige ich die Zahnärztekammer Berlin widerruflich, die von mir zu entrichtenden Beträge für erbrachte Leistungen des "**Q-BuS-Dienstes**" von meinem Konto

NAME DER BANK: _____

IBAN: _____

BIC: _____

mittels Lastschrift einzuziehen.

Die Mandatsreferenznummer entspricht der jeweiligen Rechnungsnummer.

Wenn mein Konto nicht die erforderliche Deckung ausweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung.

DATUM

UNTERSCHRIFT