

Zahnärztekammer Berlin  
**BuS-Dienst**  
Stallstraße 1  
10585 Berlin

Praxisname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Telefax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### SEPA Basis-Lastschriftverfahren

Gläubiger-ID: DE34ZZZ00000584655

Hiermit ermächtige ich die Zahnärztekammer Berlin widerruflich, die von mir zu entrichtenden Beträge für erbrachte Leistungen des „**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