



ZAHNÄRZTEKAMMER BERLIN

Zahnärztekammer Berlin  
Beitragsverwaltung  
Stallstraße 1  
10585 Berlin  
E-Mail buchhaltung@zaek-berlin.de  
Fax (030) 34 808 210

Gläubiger-Identifikationsnummer:  
DE34 ZZZO 0000 584 655

Mandatsreferenz: \_\_\_\_\_  
[wird von der Beitragsverwaltung ausgefüllt]

## Erteilung einer Einzugsermächtigung per SEPA-Basis-Lastschrift

\_\_\_\_\_  
Nachname, Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Beitragskonto-Nr.

Ich/Wir ermächtige(n) die Zahnärztekammer Berlin widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Kammerbeiträge bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/unserem Konto einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Zahnärztekammer Berlin auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Name der Bank: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Kontoinhaber/s/in/innen