ZAHNÄRZTEKAMMER BERLIN

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

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE34 ZZZ0 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