

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