



**ZAHNÄRZTEKAMMER BREMEN**  
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

Zahnärztekammer Bremen  
Universitätsallee 25  
28359 Bremen  
E-Mail: [info@zaek-hb.de](mailto:info@zaek-hb.de)

Absender (Stempel):

**Ermächtigung zum Einzug von Gebühren durch Sepa-Lastschriftmandat**

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE32ZZZ00000535318

Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige die Zahnärztekammer Bremen, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Zahnärztekammer Bremen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Name und Anschrift des Kontoinhabers:	
Name der Bank:	
Bank 1:	IBAN: DE
Das Sepa-Lastschriftmandat wird erteilt für:	<input type="checkbox"/> Ausbildung: <input type="checkbox"/> BuS-Dienst <input type="checkbox"/> Fortbildung <input type="checkbox"/> Kammerbeiträge für Frau/Herrn _____ <input type="checkbox"/> Röntgen <input type="checkbox"/> Sonstiges _____
Name der Bank:	
Bank 2:	IBAN: DE
Das Sepa-Lastschriftmandat wird erteilt für:	<input type="checkbox"/> Ausbildung <input type="checkbox"/> BuS-Dienst <input type="checkbox"/> Fortbildung <input type="checkbox"/> Kammerbeiträge für Frau/Herrn _____ <input type="checkbox"/> Röntgen <input type="checkbox"/> Sonstiges _____

Wenn mein Konto nicht die erforderliche Deckung aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht angenommen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift