



Zahnärztekammer Bremen
Universitätsallee 25
28359 Bremen
Telefax: 0421 33303-23
E-Mail: 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: _____ <small>Name Auszubildende/r</small> <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: _____ <small>Name Auszubildende/r</small> <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