

Versorgungswerk der
Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern
Postfach 76 12 67
22062 Hamburg

Gläubiger-Identifikationsnummer DE05ZZZ00000488177
Mandatsreferenz _____/01
(bitte Mitgliedsnummer eintragen)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige das Versorgungswerk der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Versorgungswerk der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern 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.

Beginn des Beitragseinzuges ab Beitragsmonat: _____

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name) BIC _____

DE _____
IBAN _____

Datum, Ort und Unterschrift