

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger:

Landes Zahnärztekammer Sachsen
Schützenhöhe 11
01099 Dresden

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE56LZK00000587751

Ich ermächtige die Landes Zahnärztekammer Sachsen, meinen Kammerbeitrag bei Fälligkeit entsprechend der aktuellen Beitragsordnung (vierteljährlich) von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Landes Zahnärztekammer Sachsen auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungspflichtiger:

Name, Vorname _____

Anschrift _____

Mitgliedsnummer _____

Kreditinstitut _____

BIC _____

IBAN _____

Datum:

Unterschrift: