

SEPA-Lastschriftmandat

| Name und Anschrift des Zahlungsempfängers | Name und Anschrift des Kontoinhabers / Praxisstempel |
|---|--|
| Zahnärztekammer Niedersachsen Abteilung 2 Zeißstraße 11 a 30519 Hannover | ----- ----- ----- (Bitte unbedingt ausfüllen) |
| Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen wegen | |
| Kammerbeitrag für Mitglieds-Nr.: Gläubiger-ID: DE67ZKN00000551275 | |
| bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos mit der | |
| IBAN: _____ | |
| bei _____ (genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstituts) | |
| durch Lastschrift einzuziehen. | |
| Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. | |
| Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen. | |
| Ort, Datum | Unterschrift(en) |

Das Formular bitte im Original auf dem Postweg zurücksenden
(nicht per Fax, e-mail oder telefonisch).

ZKN-Mitgliedsnummer(n): _____

Zahnärztekammer
Niedersachsen
Abteilung 2
Zeißstraße 11 a
30519 Hannover

ABTRETUNGSERKLÄRUNG

Hiermit trete/n ich / wir meine / unsere Honoraransprüche gegen die Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen (KZVN) in Höhe der von mir / uns an die Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN) nach der jeweils gültigen Beitragsordnung der ZKN zu zahlenden Beiträge an die Zahnärztekammer Niedersachsen ab.

KZVN-Abrechnungsnummer:

Genauere Adressenangabe / Praxisstempel

Ort / Datum

Unterschrift(en)

Verteiler:

Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN)
Kassenzahnärztliche Vereinigung Niedersachsen (KZVN)