

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.	
<u>Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.</u>	
Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.	
Ort, Datum	Unterschrift(en)