

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).