

# SEPA-Lastschriftmandat

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:

Zahnärztekammer  
Niedersachsen  
Abteilung 2  
Zeißstraße 11 a  
30519 Hannover

Name und Anschrift des Kontoinhabers:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Bitte unbedingt ausfüllen)

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen wegen

Kammerbeitrag für ZKN-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) Kontoinhaber