SEPA-Lastschriftmandat

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers	Name und Anschrift des Kontoinhabers / Praxisstempel
Name ond Anschill des Zahlungsemplangers	name ond Anschill des komolinabets / Praxissiemper
Zahnärztekammer	
Niedersachsen	
Abteilung 2	
Zeißstraße 11 a	
30519 Hannover	(Bitte unbedingt ausfüllen)
	(Site and
Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerrutlich, c 	die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen wegen
Kammerbeitrag für Mitglieds-N	lr·
Gläubiger-ID: DE67ZKN00000551275	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
Glddbiger-ib. DE072kN00000331273	
bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos n	nit der
IBAN:	
<u>bei</u>	
(genaue Bezeichnung d	des kontoführenden Kreditinstituts)
durch Lastschrift einzuziehen.	
doich Easischin einzozienen.	
	Deckung nicht aufweist, besteht seitens des
kontoführenden Kreditinstituts keine Verpfli	ichtung zur Einlösung.
 Teileinlösungen werden im Lastschriftverfal	hren nicht vorgenommen
Tollollingsongen werden im Lasischillivellar	ilon moni vorgenommen.
Ort, Datum	Unterschrift(en)