Bayerische Landeszahnärztekammer
Mitgliederverwaltung/Beitragseinzug
Flößergasse 1, 81369 München

SEPA-Lastschriftmandat für den Beitrag zur BLZK

Bitte dieses SEPA-Lastschriftmandat an die oben genannte Adresse senden oder an die Faxnummer 089 230 211 196 faxen.

Hiermit ermächtige ich die Bayerische Landeszahnärztekammer bis auf Widerruf, die von mir zu entrichtenden Beiträge zu den in der jeweils geltenden Beitragsordnung der BLZK angegebenen Fälligkeitsterminen zu Lasten meines Kontos per Lastschrift einzuziehen:

BLZK-Nummer ..... (soweit bekannt)

☐ Herr ☐ Frau

Name / Vorname .....

Anschrift ☐ Praxisanschrift ☐ Privatanschrift

.....

.....

Telefonnummer .....

E-Mail .....

Bankverbindung ☐ Praxiskonto ☐ Privatkonto

Kreditinstitut / Ort .....

IBAN ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐

BIC .....

Die Widerspruchsfrist für den Zahlungspflichtigen beträgt acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Mir ist bekannt, dass ich dieses SEPA-Lastschriftmandat jederzeit schriftlich widerrufen kann. Eine kurze schriftliche Mitteilung an die BLZK genügt.

Gläubiger-ID DE81ZZZ00000218895

Die Mandatsreferenznummer erhalten Sie mit dem Beitragsbescheid oder ggf. durch eine separate Mitteilung.

Ort / Datum .....

Unterschrift .....
(Kontoinhaber/-in)