

Zahnärztlicher Bezirksverband Niederbayern

Körperschaft des Öffentlichen Rechts



Gläubiger-Identifikationsnummer DE27ZZZ00000110645

Mandatsreferenz _____

SEPA-Basislastschrift-Mandat

Ich ermächtige den Zahnärztlichen Bezirksverband Niederbayern (ZBV Niederbayern), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom ZBV Niederbayern auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Die Einzüge der Beiträge erfolgen gemäß den Bedingungen in Ihrem Beitragsbescheid

Vorname und Name (Kontoinhaber)
Straße und Hausnummer
Postleitzahl und Ort
Kreditinstitut
DE- ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____
IBAN
Datum, Ort und Unterschrift

DIESES SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT GILT FÜR BEITRAGSZAHLUNGEN VON

VORNAME UND NAME