SEPA-Lastschriftmandat für den Beitrag zum ZBV München Stadt und Land

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers	Name und Anschrift des Zahlungspflichtigen
	O Praxisanschrift O Privatanschrift
Zahnärztlicher Bezirksverband	_____
München Stadt und Land	_____
Fallstr. 34	_____
81369 München	_____

Hiermit ermächtige ich den ZBV München Stadt und Land bis auf Widerruf, die von mir zu entrichtenden Beiträge zu den in der jeweils geltenden Beitragsordnung des ZBV München Stadt und Land angegebenen Fälligkeitsterminen zu Lasten meines Kontos per Lastschrift einzuziehen:

Mitglieds-/Zahnarztnr. _____

IBAN DE_ _

BIC _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

KtoNr. _____ Bankleitzahl: _____

bei: _____
(genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstitutes

Praxiskonto O Privatkonto O

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 den ZBV München Stadt und Land genügt.

Gläubiger-ID: DE87ZZZ00000534910

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

_____, den _____ _____
(Ort) (Datum) (Unterschrift des Kontoinhabers/Bevollmächtigten)

Eine Antwort per Fax oder E-Mail ist aus rechtlichen Gründen leider nicht möglich.