Vorname, Name

Deutscher Zahnmedizinerbund e.V.

SEPA-Basislastschriftmandat für wiederkehrende Zahlung

Zahlungsempfänger: **Gläubiger-ID**

Deutscher Zahnmedizinerbund e.V. DE94ZZZ00001683555

Das Mandat wird nur dem Zahlungsempfänger erteilt, mit dem ein Vertrag geschlossen wird.

Mandatsreferenznummer: Ihre Mandatsreferenznummer erhalten Sie nachträglich.

Ich ermächtige die Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von den Zahlungsempfängern 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.

Der Lastschrifteinzug wird mir spätestens fünf Kalendertage im Voraus unter Angabe der weiteren Fälligkeitstermine angekündigt.

Kontoinhaber

☐ Herr ☐ Frau ☐ Firma

Vorname

Name

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

DE-Mail-Adresse (optionale Angabe)

D	E																				

IBAN

				D	E					

BIC

Name des Kreditinstituts

Das oben angegebene Konto soll zum ☒ 1. ☐ 8. ☐ 16. ☐ 24. des Fälligkeitsmonats belastet werden.

Ort, Datum Unterschrift des Kontoinhabers