



Rücksendung an:

Bezirkszahnärztekammer Pfalz
Donnersbergweg 2
67059 Ludwigshafen

Ihre Ansprechpartnerin:
Manuela Anton
E-Mail: mitglieder@bzk-pfalz.de
Tel.: 0621 5929825-121
Fax: 0621 5929825-155

**Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE59BZK00000442682**

**Mandatsreferenz/Mitgliedsnummer:
wird separat mitgeteilt**

SEPA- Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) die BZK Pfalz, Mitgliedsbeiträge von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meine/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der BZK Pfalz auf mein/unserem Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

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

Angabe zum Zahlungspflichtigen

Vorname und Nachname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Angaben zum Kontoinhaber (falls der Kontoinhaber vom Zahlungspflichtigen abweicht)

Vorname und Nachname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Bankverbindung

Name des Kreditinstitutes

IBAN | BIC

Datum

Unterschrift Zahlungspflichtiger

Unterschrift Kontoinhaber