Änderung des Zahlverfahrens für den Kammerbeitrag

(SEPA Lastschriftmandat)

ZAHNÄRZTEKAMMER NORDRHEIN

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE31ZZZ00000995116
Mandatsreferenz: Mitgliedsnummer

Zahnärztekammer Nordrhein
Emanuel-Leutze-Str. 8
40547 Düsseldorf

Bitte senden Sie dieses Formular
- vollständig ausgefüllt
- gut leserlich
- in Druckbuchstaben
- unterschrieben zurück an register@zaek-nr.de oder per Fax an +49 211 2600 8169.

Persönliche Angaben

Mitgliedsnummer: _____

Titel: _____ Vorname: _____ Nachname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ: _____ Ort: _____

E-Mail-Adresse: _____

Zahlungsweise

Ich ermächtige die Zahnärztekammer Nordrhein KdöR von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Zahnärztekammer Nordrhein KdöR auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

☐ Überweisung/Selbstzahler ☐ Lastschrift

Kontoinhaber: _____ Kreditinstitut: _____

IBAN: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ BIC: _____

Sollten sich Ihre Kontodaten ändern, bitten wir Sie, uns die neue Bankverbindung schriftlich mitzuteilen, andernfalls können Ihnen zusätzliche Kosten durch anfallende Säumniszuschläge entstehen.

Hiermit bestätige ich die Korrektheit der gemachten Angaben.

_____

Ort, Datum Unterschrift

Ihre Zahnärztekammer Nordrhein