

SEPA-Lastschriftmandat für den Beitrag zur BLZK

Bitte dieses SEPA-Lastschriftmandat per Mail an blzkmvgv@blzk.de oder an folgende Anschrift senden

Bayerische Landeszahnärztekammer
Mitgliederverwaltung / Beitragswesen
Flößergasse 1
81369 München

BLZK-Nummer (soweit bekannt)

Frau

Herr

Divers

Geb.-Datum

Nachname, Vorname

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats:

Hiermit ermächtige ich die Bayerische Landeszahnärztekammer bis auf Widerruf, die von mir zu entrichtenden Beiträge zu den in der jeweils geltenden Beitragsordnung der BLZK angegebenen Fälligkeitsterminen zu Lasten meines Kontos per Lastschrift einzuziehen:

Kontoinhaber

Kreditinstitut

IBAN

BIC

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber/in

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.

Gläubiger-ID DE81ZZZ00000218895

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