

Zahnärztlicher Bezirksverband  
Mittelfranken  
Laufertorgraben 10  
90489 Nürnberg

Gläubigeridentifikationsnummer:  
DE45ZZZ00000329153

### **Sepa-Lastschrift Mandat zum Einzug der Mitgliedsbeiträge**

Hiermit ermächtige ich den ZBV Mittelfranken widerruflich, die von mir zu entrichtenden

### **Beiträge zum ZBV Mittelfranken**

bei Fälligkeit von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Anfallende Gebühren bei Retouren gehen zu meinen Lasten.

Mir ist bekannt, dass ich dieses Sepa-Lastschrift Mandat jederzeit schriftlich widerrufen kann. Eine kurze schriftliche Mitteilung an den ZBV genügt.

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen.

Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name/Vorname \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Mandats-Referenz/Mitgliedsnummer \_\_\_\_\_

Datum/Unterschrift \_\_\_\_\_