

**Rücksendung bitte per Fax an:  
0911 53003-19 oder per email an: info@zbv-mfr.de**

## Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Ich ermächtige den Zahnärztlichen Bezirksverband Mittelfranken bis auf schriftlichen Widerruf, Kursgebühren von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Zahnärztlichen Bezirksverband Mittelfranken auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Die Abbuchung erfolgt gemäß der Rechnungsstellung.



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

Straße, PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Praxiskonto       Privatkonto

Kontoinhaber/in: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

IBAN: DE

Gläubiger-ID: DE45ZZZ00000329153

Mandatsreferenz: Erhalt mit der Vorankündigung zum SEPA-Einzug (Pre-Notification).

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.

Datum \_\_\_\_\_

Praxisstempel:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift von Kontoinhaber/-in bzw. Bevollmächtigte/-r  
für SEPA-Lastschriftmandat