

Zurück an:

Hessische Zahnärzte-Versorgung
Rhonestraße 4
60528 Frankfurt

Mandat für das SEPA-Basislastschriftverfahren

gültig für Beiträge zur Hessischen Zahnärzte-Versorgung

Ich ermächtige die Hessische Zahnärzte-Versorgung, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Gleichzeitig weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Hessischen Zahnärzte-Versorgung auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers Hessische Zahnärzte-Versorgung, Rhonestraße 4, 60528 Frankfurt	Gläubiger-Identifikationsnummer DE42ZZZ00000531064
Name des/der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/in)	
Anschrift des/der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/in)	
IBAN (22-Stellen)	
BIC	
Name des Kreditinstituts	

Ort	Datum	Mitgliedsnummer	Unterschrift der Kontoinhaberin / des Kontoinhabers