Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

Zahnärztlicher Bezirksverband Schwaben
Lauterlech 41

86152 Augsburg

Name und Anschrift des Zahlungspflichtigen

Mandatsreferenz-Nr.:
*Erhalten Sie mit dem Beitragsbescheid separat.*

Zahnärztlicher Bezirksverband Schwaben
Bankverbindung
Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Filiale München
IBAN DE 63 300606010001 080962
BIC DAAEDEDDXXX

Gläubiger-Identifikationsnummer
DE94ZZZ00000851974

Hiermit ermächtige ich den ZBV Schwaben widerruflich, die von mir zu entrichtenden Beiträge zu den in der geltenden Beitragsordnung angegebenen Fälligkeitsterminen zu Lasten meines Kontos per Lastschrift einzuziehen:

IBAN:

BIC:

Genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstitutes:

Abweichender Kontoinhaber:

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.
Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Ort, Datum

Unterschrift