

Sepa-Lastschriftmandat für Mitgliedsbeiträge

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers	Name und Anschrift des Kontoinhabers
Zahnärztlicher Bezirksverband Oberbayern Messerschmittstr. 7 80992 München

Gläubiger-Identifikationsnummer DE07ZZZ00000519084

Hiermit ermächtige(n) ich/wir den Zahnärztlichen Bezirksverband Oberbayern widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge von folgendem Bankkonto per Lastschrift einzuziehen:

Bank:

BIC:

IBAN:

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Ort, Datum

Unterschrift(en)