

Versorgungswerk der  
Zahnärztekammer Hamburg  
Weidestraße 122b  
22083 Hamburg

Gläubiger-Identifikationsnummer DE60ZZZ00000486605  
Mandatsreferenz **AG-**\_\_\_\_\_/**01**  
(bitte Betriebsnummer eintragen)

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige das Versorgungswerk der Zahnärztekammer Hamburg, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Versorgungswerk der Zahnärztekammer Hamburg auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für meine angestellten Zahnärztinnen/ Zahnärzte

Beginn des Beitragseinzuges ab Beitragsmonat: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name)

\_\_\_\_\_  
BIC

DE \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort und Unterschrift