

# Zahnärztlicher Bezirksverband Unterfranken

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Dominikanerplatz 3d, 97070 Würzburg

Tel. 0931/32 114-0 FAX: 0931/32 114-14

[www.zbv-ufr.de](http://www.zbv-ufr.de)

**Gläubiger-Identifikationsnummer DE44ZZZ00000586027**

**Mandatsreferenz** \_\_\_\_\_

## SEPA-Lastschriftsmandat

Ich ermächtige den Zahnärztlichen Bezirksverband Unterfranken (ZBV), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom ZBV Unterfranken 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.*

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

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

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

\_\_\_\_\_  
BIC

Kreditinstitut

DE \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
IBAN

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