

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

Gläubiger-Identifikationsnummer DE44ZZZ00000586027

Mandatsreferenz _____

SEPA-Lastschriftmandat

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