

Rückantwort

Zahnärztlicher Bezirksverband
Oberpfalz
Albertstr. 8
93047 Regensburg

Gläubiger-Identifikationsnummer DE65ZZZ00000339657

SEPA-Lastschrift-Mandat

Ich ermächtige den Zahnärztlichen Bezirksverband Oberpfalz, Albertstr. 8, 93047 Regensburg, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahnärztlichen Bezirksverband Oberpfalz auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name, Vorname (Kontoinhaber)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Kreditinstitut

BIC des Kreditinstituts

DE - ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____
IBAN

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift