

NAME: _____

ANSCHRIFT: _____

TELEFON: _____

ZAHNÄRZTEKAMMER BERLIN
- Beitragsverwaltung -
Stallstraße 1

10585 Berlin

Beitragskonto-Nr.

SEPA Basis - Lastschriftverfahren

Ich ermächtige die Zahnärztekammer Berlin widerruflich, die von mir zu entrichtenden
Kammerbeiträge

von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen

NAME DER BANK: _____

BIC: _____

IBAN: _____

von meinem Honorarkonto bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Berlin
einzubehalten

Nummernstempel (KZV-Nummer) _____

DATUM

UNTERSCHRIFT