



An  
Deutsche Gesellschaft für Zahnerhaltung e.V. (DGZ)  
Kolberger Weg 14  
65931 Frankfurt/Main  
info@dgz-online.de

### SEPA-Lastschriftenmandat

zum Einzug des jährlichen Mitgliedsbeitrages der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung e.V. (DGZ)

<b>Zahler (Mitglied)</b>	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau  ..... Name, Vorname, Titel <span style="float: right;">Geburtsdatum</span> ..... Praxis/Klinik/Firma ..... Straße <span style="margin-left: 150px;">PLZ</span> <span style="margin-left: 100px;">Ort</span> .....
<b>Zahlungsempfänger (DGZ)</b>	<b>DGZ Deutsche Gesellschaft für Zahnerhaltung e.V.</b> 65931 Frankfurt am Main
<b>Gläubiger-ID</b>	Die Gläubiger-Identifikationsnummer der DGZ lautet <b>DE10ZZZ00000656188</b>
<b>Mandatsreferenz</b>	Mandatsreferenz* .....  <small>* Die Mandatsreferenz entspricht Ihrer Kundennummer. Diese wird im Rechnungsbeleg unter SEPA-Mandatsreferent abgebildet. Neumitgliedern wird diese nach der Bearbeitung mit den Antragsunterlagen zugesandt.</small>
<b>SEPA-Lastschriftenmandat</b>	<b>Ich/wir ermächtige(n) die Deutsche Gesellschaft für Zahnerhaltung e.V., Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir unser Kreditinstitut an, die von der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.</b>  <b>Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.</b>
<b>Kontodaten (bitte unbedingt ausfüllen)</b>	Name des/der Kontoinhaber .....  IBAN .....  BIC <span style="margin-left: 150px;">Kreditinstitut</span> .....
..... Ort, Datum <span style="margin-left: 150px;">Unterschrift</span>	
<b>DGZ Deutsche Gesellschaft für Zahnerhaltung   Kolberger Weg 14   65931 Frankfurt a. M. Tel.: 069 300 60 473   info@dgz-online.de   www.dgz-online.de</b>	