

Adresse: (Arbeitgeber)



Versorgungswerk der
Landeszahnärztekammer Thüringen
Barbarosahof 16
99092 Erfurt

SEPA-Lastschriftmandat - Arbeitnehmerlastschrift
(Vom Arbeitgeber auszufüllen)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE25ZZZ00001250431

Ich ermächtige das Versorgungswerk der Landes-zahnärztekammer Thüringen, Beitragszahlungen

für: , **Mitgliedsnummer:**

für die Dauer des Beschäftigungsverhältnisses von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Versorgungswerk der Landes-zahnärztekammer Thüringen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis:

Der Einzug erfolgt unter der Gläubiger-Identifikationsnummer des Versorgungswerkes DE25ZZZ00001250431.

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

Absender (Arbeitgeber)	
Kreditinstitut	
IBAN	
BIC	

Betriebsnummer Arbeitgeber:

(Ort, Datum, Unterschrift)