

## SEPA-Lastschriftmandat

Zur Teilnahme am Bankeinzugsverfahren bitten wir, dieses SEPA-Lastschriftmandat auszufüllen, zu unterzeichnen und baldmöglichst an uns zurückzusenden.



An das

Versorgungswerk der Landes-zahnärztekammer Thüringen Barbarossahof 16 99092 Erfurt	<b>Ich möchte freiwillige Beiträge während der Schutzfristen und der Elternzeit leisten:</b> <input type="checkbox"/> Ja, ab _____ <input type="checkbox"/> zahle ich den Mindestbeitrag <input type="checkbox"/> zahle ich mtl.: _____ EUR
---	--

Hiermit ermächtige ich das Versorgungswerk der Landes-zahnärztekammer Thüringen widerruflich, die von mir zu entrichtenden Beiträge zum Versorgungswerk der Landes-zahnärztekammer Thüringen

### zur Mitgliedsnummer

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	
Kreditinstitut	
IBAN	
BIC	

Ort, Datum

Unterschrift