

AVW | Altersversorgungswerk

DER ZAHNÄRZTEKAMMER SACHSEN-ANHALT

Gläubiger-Identifikationsnummer (AVW): DE97ZZZ00000326083

Mandatsreferenz:

(vom AVW auszufüllen)

(Ihre Mitglieds-Nr.)

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Ich ermächtige das Altersversorgungswerk der Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt, Beiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Altersversorgungswerk der Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: 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.

Vorname und Nachname (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Name des Kreditinstituts

____ / ____

(BIC)

DE ____ / ____ / ____ / ____ / ____

(IBAN)

Datum, Ort und Unterschrift