

# 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