

**Ermächtigung  
zum Einzug von Forderungen durch Lastschrift**

---

**Zahlungsempfänger**

Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt  
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -  
Postfach 39 51  
39014 Magdeburg

ZÄK Sachsen-Anhalt  
Große Diesdorfer Str. 162  
39110 Magdeburg  
Tel.: 0391 73939-0  
Fax: 0391 73939-20  
e-mail: [Info@Zahnaerztekammer-sah.de](mailto:Info@Zahnaerztekammer-sah.de)  
[www.zaek-sa.de](http://www.zaek-sa.de)

Buchhaltung: 73939-16  
Mitgliederverwaltung: 73939-19

Um den Einzug des Kammerbeitrages zu vereinfachen, möchten wir Sie bitten das Lastschriftverfahren zu nutzen. Füllen Sie nachfolgende Angaben aus und senden Sie uns den Beleg zurück. Der Kammerbeitrag wird als Quartalsbetrag in der 1. Dekade des Monats März/Juni/Sept. und Dez. eingezogen.

Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt  
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE25ZZZ00000788129  
Mandatsreferenz / KT-Nr. \_\_\_\_\_

**SEPA-Lastschriftmandat**

Ich ermächtige die Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der ZÄK 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, Name (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort

\_\_\_\_\_  
IBAN:

\_\_\_\_\_  
BIC:

\_\_\_\_\_  
Bezeichnung des Kreditinstitutes

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_