

Zahlungsempfänger

Deutsche Gesellschaft für
computergestützte Zahnheilkunde e. V. (DGCZ)
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE82ZZZ00000772650

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die DGCZ, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zeitgleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DGCZ auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

IBAN: _____

BIC: _____

Name Kontoinhaber/
Zahlungspflichtiger: _____

Straße und Haus-Nr.: _____

Plz und Ort: _____

Land: _____

Hinweis

Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Datum

Unterschrift Kontoinhaber/Zahlungspflichtiger