Altersversorgungswerk
der Zahnärztekammer Niedersachsen
Zeißstraße 11a
30519 Hannover

Telefon: 0511 21570-100
E-Mail: mitgliederverwaltung@avw-nds.de
www.avw-nds.de

Gläubiger-Identifikationsnummer (AVW):
DE24ZZZ00000246693

Mandatsreferenz

(vom AVW auszufüllen)

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Mitgliedsnummer

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

Diese Ermächtigung umfasst auch den Einzug rückständiger Beiträge bis zum Betrag von _____ EUR.

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.

Name | Vorname | Titel

Straße, Hausnummer

Postleitzahl | Wohnort | Land

Kreditinstitut

IBAN | BIC | Bankleitzahl

Datum | Ort | Unterschrift

Bitte senden Sie uns das komplett ausgefüllte und unterzeichnete Formular per Post oder E-Mail.