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)

ERTEILUNG EINER EINZUGSERMÄCHTIGUNG UND EINES SEPA-LASTSCHRIFTMANDATES FÜR ARBEITGEBER

Betriebsnummer (vom Arbeitgeber auszufüllen)

1. Einzugsermächtigung

Ich ermächtige das Altersversorgungswerk der Zahnärztekammer Niedersachsen widerruflich, die von mir zu entrichtenden Beiträge bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

2. SEPA-Lastschriftmandat

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

Firma | Position

Straße, Hausnummer oder Postfach

Postleitzahl | Wohnort | Land

ERTEILUNG EINER EINZUGSERMÄCHTIGUNG UND EINES SEPA-LASTSCHRIFTMANDATES FÜR ARBEITGEBER

Kreditinstitut

IBAN

BIC

Bankleitzahl

Datum

Ort

Unterschrift und Firmenstempel

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