Altersversorgungswerk der
Zahnärztekammer Niedersachsen
Zeißstr. 11a
30519 Hannover

Gläubiger-Identifikationsnummer (AVW): DE24ZZZ00000246693

Mandatsreferenz _____ **(vom AVW auszufüllen)**

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.

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

_____ _ _ _ _ _ _ _ _ / _ _ _
Kreditinstitut (Name) (BIC)

DE _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _
IBAN

_____
Datum, Ort und Unterschrift