

Altersversorgungswerk der  
Zahnärztekammer Niedersachsen  
Zeißstr. 11a  
30519 Hannover



Gläubiger-Identifikationsnummer (AVW):

DE24ZZZ00000246693

Mandatsreferenz

\_\_\_\_\_ (vom AVW auszufüllen)

**Betriebs-Nummer:** \_\_\_\_\_ (vom Arbeitgeber auszufüllen)

## Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandates Für Arbeitgeber

### 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.

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.

**Bitte alle nachfolgenden Felder ausfüllen.**

\_\_\_\_\_  
Vorname und Nachname (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name)

\_\_\_\_\_  
(BIC)

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

\_\_\_\_\_  
Bankleitzahl

\_\_\_\_\_  
Kontonummer

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort und Unterschrift