



An die
Geschäftsstelle der Schleswig-Holsteinischen
Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
Arnold-Heller-Str. 16
24105 Kiel

Fax: 0431-597-2860
Email: hjwenz@proth.uni-kiel.de

SEPA-Lastschriftmandat (Wiederkehrende Zahlungen)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE23217700240002129518

Mandatsreferenz: wird nach Eingang schriftlich mitgeteilt

Ich ermächtige die Schleswig-Holsteinische Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Schleswig-Holsteinischen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e.V. 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.

Titel, Nachname, Vorname

Strasse und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name)

IBAN: DE _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _

_____, den _____
Ort Datum

Unterschrift

Der Einzug des Mitgliedsbeitrages bei Mitgliedschaft in der SHGZMK beträgt 30.-Euro. Bei gleichzeitiger Mitgliedschaft in der DGZMK und SHGZMK beträgt der Mitgliedsbeitrag 105.-Euro. Der Einzug erfolgt jeweils zum 1. April des Jahres. Von der Hauptversammlung beschlossene Beitragserhöhungen werden vor Einzug schriftlich mitgeteilt. Für Mitglieder der ZÄK-SH kann die Mitteilung über Veröffentlichung im Zahnärzteblatt Schleswig-Holstein erfolgen.