



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

Fax: 0431-500-26404  
Email: [hjwenz@proth.uni-kiel.de](mailto: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 \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_

BIC: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Der Einzug des Mitgliedsbeitrages bei Mitgliedschaft in der SHGZMK beträgt 30.- €. Bei gleichzeitiger Mitgliedschaft in der DGZMK und SHGZMK beträgt der Mitgliedsbeitrag 105.- €. 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.