

**BITTE DAS FORMULAR UMGEHEND AUSGEFÜLLT UND UNTERSCHRIEBEN
AN DIE LANDESZAHNÄRZTEKAMMER FÜR NIEDERÖSTERREICH RETOURNIEREN!!!**

per Mail: kammerbeitrag@noe.zahnaerztekammer.at
per Fax: 050511/3109, Betreff: Kammerbeitrag
oder per Post: Kremser Gasse 20, 3100 St. Pölten

An die
Landeszahnärztekammer für NÖ
Kremser Gasse 20
3100 St. Pölten

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Hiermit ermächtige ich die Landes Zahnärztekammer für Niederösterreich widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen (Beiträge zur Landes Zahnärztekammer für Niederösterreich und Österreichischen Zahnärztekammer) bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Damit ist auch meine kontoführende Bank ermächtigt, die Lastschriften einzulösen, wobei für diese keine Verpflichtung zur Einlösung besteht, insbesondere dann, wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist. Ich hab das Recht, innerhalb von 42 Kalendertagen ab Abbuchungstag ohne Angabe von Gründen die Rückbuchung bei meiner Bank zu veranlassen.

BITTE IN BLOCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN:

Titel	
Vorname	
Nachname	
Anschrift	
Kontoführendes Institut	
IBAN	
BIC	

Ort, Datum

Unterschrift
