



Einzugsermächtigung

Versorgungswerk der
Zahnärztekammer Berlin K.d.ö.R.
Rheinbabenallee 12

14199 Berlin

Zur Teilnahme am Bankeinzugsverfahren bitten wir, diese Einzugsermächtigung auszufüllen, zu unterzeichnen und baldmöglichst an uns zurückzusenden. Wir werden den Beitrag zum Versorgungswerk der Zahnärztekammer Berlin (VZB) jeweils satzungsgemäß zum fälligen Zeitpunkt von Ihrem Konto einziehen. **Eine eigene Überweisung erübrigt sich in diesem Fall**

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

Name und Anschrift des Kontoinhabers

Zahnärztekammer Berlin
Versorgungswerk (VZB)
Rheinbabenallee 12

14199 Berlin

VZB - Mitgliedsnummer:

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden

Beiträge zum Versorgungswerk der Zahnärztekammer Berlin

bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos mir der

Nr. _____ Bankleitzahl _____ bei

(genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstitutes)

durch Lastschrift einzuziehen.

Gegenwärtige Rückstände sollen ebenfalls von dem vorgenannten Konto abgebucht werden.

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung.

Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Ort, Datum

Unterschrift(en)



Erläuterungen zur Beitragszahlung

Die Beiträge zum Versorgungswerk der Zahnärztekammer Berlin können durch Abbuchung oder Überweisung gezahlt werden. Ihre Beiträge sollen möglichst durch Abbuchung gezahlt werden.

Wenn Sie uns ein Konto bei einem Kreditinstitut oder Postgiroamt nennen können, empfiehlt sich das Abbuchungsverfahren (Lastschriftinzugsverfahren) als zeitgemäße, sichere und kostensenkende Zahlungsweise.

Darüber hinaus verbinden Sie hiermit folgende Vorteile:

1. Die Beiträge werden termingerecht von Ihrem Konto abgebucht. Sie erhalten von Ihrem Kreditinstitut eine Bestätigung.
2. Änderungen, die durch Neufestsetzung der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung Auswirkungen auf unsere Beitragshöhe haben, werden von uns rechtzeitig berücksichtigt und Ihnen mitgeteilt.
3. Sie können die Beitragszahlung nicht vergessen.

Sofern Sie die Teilnahme am Abbuchungsverfahren wünschen, bitten wir Sie, die beigefügte Einzugsermächtigung ausgefüllt und unterschrieben an das Versorgungswerk zurückzusenden.

Bitte beachten Sie, dass sich eine eigene Überweisung Ihrerseits in diesem Fall erübrigt.

Sollten Sie nicht am Abbuchungsverfahren teilnehmen, bitten wir um Überweisung des Beitrages unter Angabe Ihrer Mitgliedsnummer auf eines der folgenden Konten:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank e.G.
(BLZ 300 606 01) Konto-Nr.: 000 258 47 94

Commerzbank Berlin AG
(BLZ 100 400 00) Konto-Nr.: 201 150 000

Mit freundlichen Grüßen

Versorgungswerk
der
Zahnärztekammer Berlin