

Sepa-Mandat für die Beitragszahlung zum VZN

Sehr geehrtes Mitglied,

bitte verwenden Sie dieses Formular ausschließlich für die Zahlung **Ihrer eigenen** Mitgliedsbeiträge zum VZN. Für die Zahlung von Beiträgen der bei Ihnen angestellten Mitarbeiter verwenden Sie bitte das dafür vorgesehene Formular, das Sie [hier](#) aufrufen können.

Die Verwaltung des VZN ist bestrebt, die Verwaltungskosten zum Vorteil aller Mitglieder möglichst niedrig zu halten. Eine wesentliche Rolle hierbei spielt der automatisierte Zahlungsverkehr, bei dem nicht jede Zahlung einzeln im VZN verbucht werden muss, sondern mit Hilfe eines Datenträgeraustausches eingespielt werden kann.

Sie können uns helfen, die Verwaltungskosten - auch in Ihrem eigenen Interesse - zu reduzieren, indem Sie uns beauftragen, Ihre Beiträge von Ihrem Bankkonto abzubuchen.

Sie ersparen sich das lästige Ausfüllen des Überweisungsträgers oder aber das Ändern des Dauerauftrages. Die Zahlungsterminverwaltung übernehmen wir für Sie!

Bei Erteilung eines Sepa-Mandates zur Abbuchung Ihrer Zahlungsverpflichtungen von einem Bankkonto werden die von den angestellten Mitgliedern zu entrichtenden Beiträge in der festgesetzten bzw. der sich aus der jeweiligen Gehaltsabrechnung ergebenden Höhe monatlich am letzten Werktag abgebucht.

Alle übrigen Beiträge (Beiträge der niedergelassenen Mitglieder und freiwillige Beiträge) werden in der im Beitrags- und Leistungsspiegel des jeweils aktuellen Kalenderjahres ausgewiesenen bzw. der danach durch einen Bescheid festgesetzten Höhe am letzten Werktag im Januar und jeweils am 15. in den Folgemonaten abgebucht. Fällt dieses Datum auf ein Wochenende oder einen Feiertag, verschiebt sich die Abbuchung auf den nächstfolgenden Werktag.

Die Sepa-Abbuchungen erfolgen unter der Mandatsreferenz, die Ihnen nach Erteilung des Mandats vom VZN mitgeteilt wird, sowie der Gläubiger-ID „DE33VZN00000246725“ von dem im erteilten Mandat mitgeteilten Konto.

Die Nutzung des Sepa-Mandats erfolgt ab dem von Ihnen angegebenen Beitragsmonat für alle noch nicht entrichteten fälligen Beiträge.

Sofern im Sepa-Mandat ein „Gültig-ab-Datum“ **nicht** angegeben wird, erfolgt die Nutzung für zukünftig fällig werdende Beiträge. Bis zur Mandatserteilung fällig gewordene Beiträge werden nicht abgebucht und müssen wie bisher überwiesen werden.

Sie sind verpflichtet, einen ggf. abweichenden zahlungspflichtigen Kontoinhaber entsprechend und rechtzeitig zu informieren.

Wenn Sie also sich und uns von (unnötiger) Verwaltungsarbeit befreien wollen, bitten wir um Rücksendung der nachstehenden Erklärung, mit der Sie die Abbuchung der Beiträge von einem Bankkonto veranlassen können.

Beim Ausdruck des ausgefüllten Formulars erhalten Sie 2 Exemplare. Ein Exemplar bitten wir ausgefüllt und unterschrieben **im Original** (-kein Fax, keine Kopie-) zurückzusenden, das 2. Exemplar ist für Ihre Unterlagen bestimmt.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr VZN

Bitte das **Original-Mandat** **per Post** an das VZN senden

Versorgungswerk der
Zahnärztekammer Nordrhein
Postfach 10 51 32
40042 Düsseldorf

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE33VZN00000246725
Mandatsreferenz:
wird Ihnen gesondert mitgeteilt

Erteilung eines **SEPA-LASTSCHRIFTMANDATS** (gültig ab: _____)

Mitglieds-Nr.: _____ Mitglied (Name) _____

_____ Straße und Hausnummer _____ PLZ und Ort _____

Ich ermächtige / Wir ermächtigen das VZN, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom VZN auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

_____ Kreditinstitut (Name) _____ Kreditinstitut (BIC) _____

IBAN: DE _____

_____ Name Kontoinhaber

_____ Ort _____ Datum _____ Unterschrift des Kontoinhabers/der Kontoinhaber _____

Wird vom VZN ausgefüllt:

- Konto (mit Clearing) angelegt
- Abw. Kontoinhaber & Inhaber Name eingetragen
- Clearing gesetzt (Bankkto-Code _____)
- Konto gelöscht (Bankkto-Code _____ D)
- Unterschriftsdatum/„Mandat gültig ab“ eingetragen
- Zahlungsformcode: 02

Beleg erstellt und eingegeben: _____

Beleg geprüft: _____

Angaben geprüft: _____

Duplikat für Ihre Unterlagen

Versorgungswerk der
Zahnärztekammer Nordrhein
Postfach 10 51 32
40042 Düsseldorf

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE33VZN00000246725
Mandatsreferenz:
wird Ihnen gesondert mitgeteilt

Erteilung eines **SEPA-LASTSCHRIFTMANDATS** (gültig ab: _____)

Mitglieds-Nr.: _____ Mitglied (Name) _____

Straße und Hausnummer PLZ und Ort

Ich ermächtige / Wir ermächtigen das VZN, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom VZN auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut (Name) _____ Kreditinstitut (BIC) _____

IBAN: DE _____

Name Kontoinhaber

Ort Datum Unterschrift des Kontoinhabers/der Kontoinhaber

Wird vom VZN ausgefüllt:

- Konto (mit Clearing) angelegt
- Abw. Kontoinhaber & Inhaber Name eingetragen Beleg erstellt und eingegeben: _____
- Clearing gesetzt (Bankkto-Code _____) Beleg geprüft: _____
- Konto gelöscht (Bank\to-Code _____) Eingaben geprüft: _____
- Unterschriftsdatum/"Mandat gültig ab" eingetragen
- Zahlungsformcode: 02