



Sepa-Mandat für die Beitragsverpflichtungen Ihrer Mitarbeiter/innen

Sehr geehrte Damen und Herren,

bitte verwenden Sie dieses Formular ausschließlich für die Zahlung der **Beiträge der bei Ihnen angestellten Mitarbeiter/innen**. Für die Zahlung Ihrer eigenen Mitgliedsbeiträge 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, die Beiträge für Ihre Mitarbeiter/innen von Ihrem Bankkonto abzubuchen.

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

Bei Erteilung eines SEPA-Mandats zur Abbuchung Ihrer Beträge 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.

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.

Das SEPA-Mandat wird für die Abbuchung der Beitragsverpflichtungen aller Ihrer (zukünftigen) Mitarbeiter/innen genutzt, für die Sie die elektronischen Meldungen mit dem Kennzeichen der Beitragszahlung „5 - Firmenzahler, Lastschrift“ abgeben.

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 beigefügten Erklärung, mit der Sie die Abbuchung der Beiträge von Ihrem Bankkonto veranlassen können.

Den Ausdruck des ausgefüllten SEPA-Mandatsformulars erhalten Sie in 2-facher Ausfertigung. Ein Exemplar bitten wir ausgefüllt und unterschrieben (**im Original** – kein Fax, keine E-Mail, 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 Beitragsmonat

Betriebsnummer

Arbeitgeber (Praxis)

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. In diesem Fall betrachten wir das Mandat als widerrufen.

Kreditinstitut (Name)

_____|_____
Kreditinstitut (BIC)

IBAN: **DE** ____|____|____|____|____|____|____

Name Kontoinhaber

Ort

Datum

Unterschrift des Kontoinhabers / der Kontoinhaber

Wird vom VZN ausgefüllt:

- Konto (mit Mandatsreferenz) angelegt
- abw. Kontoinhaber eingetragen
- „bevorzugter Bankkontocode“ gesetzt
- Mandatsdatum & „Gültig ab“ eingetragen
- Zahlungsformcode: 02

Beleg erst. + eingegeben: _____

Beleg geprüft: _____

Eingaben geprüft: _____



Versorgungswerk
der Zahnärztekammer
Nordrhein K. d. ö. R.

Versorgungswerk der
Zahnärztekammer Nordrhein
Postfach 10 51 32
40042 Düsseldorf

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE33VZN00000246725
Mandatsreferenz:
wird Ihnen gesondert mitgeteilt

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

_____ gültig ab Beitragsmonat

Betriebsnummer

Arbeitgeber (Praxis)

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. In diesem Fall betrachten wir das Mandat als widerrufen.

Kreditinstitut (Name)

-----|-----
Kreditinstitut (BIC)

IBAN:

DE _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _

Name Kontoinhaber

Ort

Datum

Unterschrift des Kontoinhabers / der Kontoinhaber

Kopie für Ihre Unterlagen