



## **Sepa-Mandat für die Beitragszahlung zum VZN**

Sehr geehrte Damen und Herren,

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 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.

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.

**Sofern Sie im SEPA-Mandat ein „Gültig-ab-Datum“ nicht angeben, erfolgt die Nutzung für zukünftig fällig werdende Beiträge und bis zur Mandatserteilung bereits fällige Beiträge werden nicht berücksichtigt.**

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.

Sie erhalten das SEPA-Mandatsformular 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

\_\_\_\_\_  
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. 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

\_\_\_\_\_  
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. 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**