

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE10ZZZ00001410072

Mandatsreferenz: wird separat bei Rechnungsstellung mitgeteilt

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Kreditinstitut (Name, BIC)

IBAN:

IBAN

Datum, Ort

Unterschrift