

SEPA – Lastschriftmandat für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

AGSN e.V.
Geschäftsstelle: Erzgebirgsklinikum Annaberg gGmbH
Chemnitzer Str. 15
09456 Annaberg-Buchholz

Wiederkehrende Zahlungen

Gläubiger-Identifikationsnummer

Mandatsreferenz

Ich ermächtige die AGSN e.V. die jährliche Mitgliedsbeitragszahlung von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der AGSN e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber (Vorname, Name)

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Land

IBAN

BIC

Ort und Datum

Unterschrift

SEPA – Lastschriftmandat

für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

<i>Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)</i>	Wiederkehrende Zahlungen
	Einmalige Zahlung
<i>Gläubiger-Identifikationsnummer</i>	
<i>Mandatsreferenz</i>	

Ich/Wir ermächtige(n) [Name des Zahlungsempfängers], Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von [Name des Zahlungsempfängers] auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

<i>Kontoinhaber (Vorname, Name)</i>
<i>Straße und Hausnummer</i>
<i>PLZ und Ort</i>
<i>Land</i>

<i>IBAN</i>	<i>BIC</i>
-------------	------------

<i>Ort und Datum</i>	<i>Unterschrift(en)</i>
----------------------	-------------------------