



Gläubiger-ID: DE92ZZZ00000585551

SEPA-Lastschriftmandat

(Bitte in Druckbuchstaben schreiben!)

Ich ermächtige den Bundesverband Deutscher Pathologen e.V., Mitgliedsbeiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Bundesverband Deutscher Pathologen 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 dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

PLZ/Ort

Ihre Mandatsreferenznummer (ehem. Verwendungszweck) wird Ihnen separat mitgeteilt.

Meine Kontoverbindung lautet:

Kreditinstitut (Name, BIC): _____

IBAN : _____

Datum, Ort

Unterschrift

14.01.2015 Go