



Gläubiger-Identifikationsnummer DE10ZZZ00000852128

Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Arbeitsgemeinschaft für prächirurgische Epilepsiediagnostik und operative Epilepsiechirurgie e. V. die fälligen Mitgliedsbeiträge einschließlich evtl. Rückstände jeweils zum 01. März eines Jahres von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Arbeitsgemeinschaft für prächirurgische Epilepsiediagnostik und operative Epilepsiechirurgie e. V. gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name und BIC)

DE __ | _____ | _____
IBAN

Datum, Ort und Unterschrift