

Erteilung einer Einzugsermächtigung und SEPA-Lastschriftmandats



Name des Zahlungsempfängers:

Berufsverband Deutscher Internisten e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers:

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

Schöne Aussicht 5

65193 Wiesbaden

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE73ZZZ00000019025

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

Mitglieds-Nr.:

Einzugsermächtigung

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger „**automatisierter Name Zahlungsempfänger von oben**“ widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Mitgliedsbeitrag gemäß der Beitragsordnung bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unseren Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger „**automatisierter Name Zahlungsempfänger von oben**“ widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Mitgliedsbeitrag gemäß der Beitragsordnung bei Fälligkeit durch Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger „**automatisierter Name Zahlungsempfänger von oben**“ auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Zahlungsart:

Bei dem von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeitrag handelt es sich um eine wiederkehrende Zahlung.

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

Bankleitzahl des Zahlungspflichtigen:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen)

BLZ

D E

Kontonummer:

BIC

Ort:

Datum: (TT/MM/JJJJ):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich/uns der Zahlungsempfänger „automatisierter Name Zahlungsempfänger von oben“ über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.