

Erteilung SEPA-Lastschriftmandat (wiederkehrende Zahlungen)

Zentrum für Gesundheitsbildung e.V. Vaihingen/Enz

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE79ZZZ00000622645

Mandatsreferenz : Kann auf Wunsch mitgeteilt werden

Ich ermächtige das Zentrum für Gesundheitsbildung e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zentrum für Gesundheitsbildung e.V. auf mein Konto 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.

Kontoinhaber Vorname und Name:

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl: Ort:

Telefon:

e-mail :

Kreditinstitut Name:

IBAN: DE _ _ _ _ _

.....
Ort:

.....
Datum:

.....
Unterschrift Kontoinhaber