SEPA Lastschrift-Mandat

Mandatsreferenz: .....
Vergabe durch Ärzt:innen für Akupunktur

Zahlungsempfänger:

Creditor ID (CID): AT11ZZZ00000041060

ÄRZT:INNEN FÜR AKUPUNKTUR
ehemals
Österreichische Wissenschaftliche ÄRZTEGESELLSCHAFT FÜR AKUPUNKTUR G.König / I.Wancura

Mariahilfer Straße 47 / Stiege 5 / Tür 6
AT-1060 Wien

Ich ermächtige ÄRZT:INNEN FÜR AKUPUNKTUR den von mir zu entrichtenden Jahresbeitrag für die Mitgliedschaft bei ÄRZT:INNEN FÜR AKUPUNKTUR von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen.
Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von ÄRZT:INNEN FÜR AKUPUNKTUR auf mein Konto gezogenen SEPA–Lastschriften einzulösen. 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.
Zahlungsart: Wiederkehrende Lastschrift

Zahlungspflichtiger:

Name: .....

Anschrift (Adresse, Postleitzahl, Land):.....

IBAN

BIC

Ort, Datum: .....

Unterschrift: .....