

SEPA Lastschrift-Mandat

Mandatsreferenz:
Vergabe durch Ärzte für Akupunktur

Zahlungsempfänger:

Creditor ID (CID): AT11ZZZ00000041060

ÄRZTE FÜR AKUPUNKTUR

ehemals

Österreichische Wissenschaftliche ÄRZTEGESELLSCHAFT FÜR AKUPUNKTUR G.König /
I.Wancura

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

Ich ermächtige ÄRZTE FÜR AKUPUNKTUR den von mir zu entrichtenden Jahresbeitrag für die Mitgliedschaft bei ÄRZTE FÜR AKUPUNKTUR von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von ÄRZTE 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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

BIC

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Ort, Datum:

Unterschrift: