



SEPA-Lastschriftmandat Einzugsermächtigung Mitgliedsbeitrag

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Verband Deutscher Heilpraktiker e.V.
Ernst-Grote-Str. 13
30916 Isernhagen

Gläubiger-Identifikationsnummer des Zahlungsempfängers

DE 85ZZZ00001050889

Mandatsreferenz (bitte Mitglieds-Nr. einfügen)

1 _ _ _ _

Mandat für wiederkehrende Zahlung

Mitglied

Name, Vorname _____

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Verband Deutscher Heilpraktiker e.V. widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
Zugleich weise ich meinen/weisen wir unseren Zahlungsdienstleister an, die von Ihnen 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 Zahlungsdienstleister vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber

Name, Vorname _____

Straße, Haus Nr. _____

PLZ, Wohnort _____

IBAN _____

BIC _____

Kreditinstitut _____

Ort, Datum _____

Unterschrift/en _____