

Zahlungsempfänger

Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V.
Berufsverband dt. Arbeitsmediziner
Friedrich-Eberle-Straße 4a
76227 Karlsruhe

DE90ZZZ00000224456

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

Mitgliedsnummer

Mandatsreferenz

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) Sie Zahlungen des VDBW Mitgliedsbeitrages gemäß der jeweils gültigen Beitragsordnung von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Name, Vorname (Kontoinhaber)

Straße, Hausnummer (Kontoinhaber)

PLZ, Ort (Kontoinhaber)

Kreditinstitut

BIC

DE

IBAN

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Ort, Datum

Unterschrift(en)