

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

Verein Sächsischer Kieferorthopäden e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers**Straße und Hausnummer:**

Kesselsdorfer Straße 98

Postleitzahl und Ort:

01159 Dresden

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE21ZZZ00000605259

Mandatsreferenz**Einzugsermächtigung**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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 Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):****Anschrift des Zahlungspflichtigen****IBAN des Zahlungspflichtigen****BIC**

Ort

Datum

Unterschrift