SEPA Lastschriftmandat

Gläubiger-identifikationsnummer DE93ZZZ00000408799

Mandatsreferenz Wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige die Internationale Gesellschaft für Blutegeltherapie e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Internationalen Gesellschaft für Blutegeltherapie e.V. (IGBT e.V.) auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: 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.

Vorname und Name
(Kontoinhaber)

Straße und
Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut
(Name und BIC)

IBAN

Ort, Datum und
Unterschrift

Vorstand:

Anschrift und Kontakt:

Bankverbindung: