



Gläubiger-Identifikationsnummer: DE65ZZZ00002200602

Mandatsreferenz: Wird Ihnen später mitgeteilt

SEPA – Lastschriftmandat

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) Dysphagienetzwerk Deutschland e.V., Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von Dysphagienetzwerk Deutschland e.V. 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.

Vorname und Name (Kontoinhaber) _____

Straße und Hausnummer _____

Postleitzahl und Ort _____

Kreditinstitut (Name und BIC) _____

IBAN _____

Datum, Ort und Unterschrift

per Post an:

Dysphagienetzwerk Deutschland e.V.
Große Sommerleite 13
09456 Annaberg-Buchholz

per Fax an:

+49 (0) 3733 / 41 95 601