

SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich Diabetologen Hessen eG, Moischer Str. 1A, 35085 Ebsdorfergrund, Zahlungen von meinem Bankkonto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Diabetologen Hessen eG 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.

Gläubiger Identifikationsnummer: DE16ZZZ00000297859

Mandatsreferent: wird separat mitgeteilt.

Vorname und Name (Kontoinhaber)	
Adresse Straße und Hausnummer	
PLZ und Ort	
Kreditinstitut Name	
BIC	
IBAN	DE _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

 Datum, Ort, Unterschrift