

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

Deutsche Gesellschaft für Neurologie e. V.

Reinhardtstraße 27c

10117 Berlin

Gläubiger-ID: DE8ZZZ00000732492

Name und Anschrift des Mandaten

Mandatsreferenz (Mitgliedsnummer):

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige Sie, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der

Deutschen Gesellschaft für Neurologie e. V.

(Zahlungsempfänger)

auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kreditinstitut:

BIC:

IBAN:

Ort, Datum

Unterschrift

Vor dem Einzug einer SEPA-Basis-Lastschrift werden Sie mich über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.