

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Titel, Vorname, Name:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

Ich ermächtige hiermit die

Gastroenterologie Hessen eG
Hochstraße 43 (Alte Oper)
60313 Frankfurt/Main

die entsprechend dem Partnervertrag anfallende Marketinggebühr in Höhe von EUR 150,00
zzgl. MwSt. je Kalendervierteljahr von meinem Konto

IBAN:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Bank:

Sitz der Bank:

mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Gastroenterologie 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.

Dieses SEPA-Basis-Lastschriftmandat kann von mir jederzeit widerrufen werden.

Ort:

Datum:

Unterschrift: