Verband für Unabhängige Gesundheitsberatung e.V. - Deutschland -

Verband für Unabhängige Gesundheitsberatung e.V.
Friedrich-List-Str. 21
D-35398 Gießen

Formular für das SEPA-Lastschriftmandat bzw. die Änderung der Bankverbindung

Gläubiger Identifikationsnummer: DE07ZZZ00000510354

- ❑ Erteilung einer Einzugsermächtigung (In der Schweiz nicht möglich)
- ❑ Änderung der Konto- bzw. Bankverbindung

Mandatsreferenznummer (Kd-Nummer):	
Name, Vorname:	Geb.-Datum:
Straße:	PLZ, Ort:
Tel.:	E-Mail:
Die Einzugsermächtigung ist gültig ab:	

Hiermit ermächtige ich den Verband für Unabhängige Gesundheitsberatung e. V., die von mir zu zahlenden Mitgliedsbeiträge bis auf meinen schriftlichen Widerruf jeweils am Fälligkeitstag von meinem Girokonto einzuziehen.
Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Meine Bankverbindung lautet:

Kontoinhaber:	Kreditinstitut:
IBAN:	BIC:

Bitte füllen Sie den nachfolgenden Teil nur aus, wenn Abnehmer und Kontoinhaber nicht identisch sind:

Name, Vorname des Kontoinhabers

Straße

PLZ, Ort

Wenn mein / unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Ort, Datum, Unterschrift des Kontoinhabers

Anmerkung: Bei fehlenden Angaben oder fehlender Unterschrift kann der Vordruck nicht angenommen werden.