



Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines Sepa-Lastschriftmandats

Zahlungsempfänger: ZID – Zahnärzte Initiative Duisburg e. V.
Friedrich-Wilhelm-Str. 71
47051 Duisburg
☎ 0203/289 570 20

Gläubiger Identifikationsnummer: DE53ZZZ00001530354

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen): _____

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen für den Jahresmitgliedsbeitrag bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem unten angegebenen Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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.

Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): _____

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): _____

IBAN des Zahlungspflichtigen: _____

BIC: _____

Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): _____

Bitte die Einzugsermächtigung an die oben genannte E-Mail-Adresse senden.