

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Ich ermächtige das PRAXISNETZ Kiel e. V. meinen Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich wird damit mein Kreditinstitut angewiesen, die vom PRAXISNETZ Kiel e. V. 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-Lastschriftmandat kann jederzeit widerrufen werden.

Der Mitgliedsbeitrag wird zu Beginn eines jeden Kalenderjahres eingezogen.

Name des Kontoinhabers: _____

IBAN: DE _____

BIC: _____ Name des Kreditinstitutes: _____

Ort, Datum

Unterschrift, Praxisstempel