

Apotheker ohne Grenzen Deutschland e.V.
Gärtnerstraße 60
80992 München



Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE90ZZZ00000385573**

Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

SEPA-Lastschriftmandat zum Einzug von Mitgliedsbeiträgen

Ich ermächtige Apotheker ohne Grenzen Deutschland e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Apotheker ohne Grenzen Deutschland e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

Name, Vorname | Ansprechpartner

ggf. Apotheke | Institution | Unternehmen

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Kreditinstitut

IBAN

BIC

Datum, Ort, Unterschrift

Bitte nicht faxen sondern per Post senden!