

SEPA-Lastschriftmandat

Wiederkehrende Zahlungen

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

**Fachverband Gesundheitswesen Ortsverband BAD – EM - HD
c/o Th. Larsch
Hubenackerweg 4
76571 Gaggenau**

Gläubiger-Identifikationsnummer **DE66ZZZ00000743062**

Mandatsreferenz: **ihre Mitgliedsnummer** (erhalten Sie mit dem Mitgliedsausweis)

Ich ermächtige den

Name des Zahlungsempfängers:

Fachverband Gesundheitswesen OV Baden-Baden-Emmendingen

Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von

Name des Zahlungsempfängers:

Fachverband Gesundheitswesen OV Baden-Baden-Emmendingen

auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname, Name

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Land

Kontonummer - IBAN

Swift BIC ²

² Hinweis: ab 1.2.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt

Der fällige Beitrag soll jährlich (Feb.)

vierteljährlich (Feb., Mai, Aug., Nov.)

jeweils zum 1. bzw. 15. des Monats (Gehaltszahlung) eingezogen werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte behalten Sie ein Formular bei Ihren Unterlagen