

DEUTSCHE RHEUMA-LIGA LANDESVERBAND HAMBURG e.V.
Klinikum Eilbek - Haus 8, Dehnhaide 120, 22081 HAMBURG

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE39ZZZ00000016339**

Mandatsreferenz: _____ (Mitgliedsnummer)
(wird nach Beitritt eingesetzt)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige / Wir ermächtigen*) die Deutsche Rheuma-Liga Landesverband Hamburg e.V., Zahlungen von meinem / unserem*) Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich / weisen wir*) mein / unser*) Kreditinstitut an, die von der Deutschen Rheuma-Liga Landesverband Hamburg e.V. auf mein / unser*) Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können*) innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem*) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

*) Nichtzutreffendes bitte streichen

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut Name

BIC

IBAN DE _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _

Ort, Datum

Unterschrift