

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name: Deutscher Physio-HP-Verband e. V.
Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address Dierdorferstr. 2 a, 56564 Neuwied
Straße und Hausnummer / Street name and number: Dierdorfer Str. 2 a
Postleitzahl und Ort / Postal code and city: 56564 Neuwied
Land / Country: Deutschland
Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier: DE42ZZZ00000882786
Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen MG-Nr.)

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen 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.

Zahlungsart / Type of payment:
Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment xxx
Einmalige Zahlung / One-off payment xx

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber).....
Straße und Hausnummer
Postleitzahl und Ort
Land
Bankverbindung des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)
BLZ..... **Kto.-Nr.:**.....
IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen)
BIC (8 oder 11 Stellen)
Ort
Datum (TT/MM/JJJJ)

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Hinweis: Meine / Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich / wir von meinem / unserem Kreditinstitut erhalten kann. Note: Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank. 114 902.001 KI (Fassung Aug. 2010) - (V1) Deutscher Sparkassenverlag Urheberrechtlich geschützt

Bitte zurücksenden. Vielen Dank

Deutscher Physio-HP-Verband e. V.
Dierdorfer Str. 2 a

56564 Neuwied