

SEPA - Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger / Gläubiger

Vereinigung Norddeutscher CHirurgen (NDCH)
c/o Universitäres Herzzentrum Hamburg GmbH
Klinik und Poliklinik für Gefäßmedizin
Sekretariat
Heike Hidalgo
Martinistraße 52
20246 Hamburg

Ich/Wir ermächtige(n) die Vereinigung Norddeutscher CHirurgen (NDCH), Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift bis auf Widerruf einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Vereinigung Norddeutscher CHirurgen (NDCH) auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften bis auf Widerruf einzulösen.

Mir/Uns ist bekannt, dass ich/wir innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen kann/können. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Die Mandatsreferenz wird von der Vereinigung Norddeutscher CHirurgen (NDCH) vergeben.

Gläubiger ID:	DE86ZZZ00001390759
Mandatsreferenz:	NDCH - Ihre Mitgliedsnummer - lfd. Nummer
Vertragsgegenstand laut Forderung:	Mitgliederjahresbeitrag NDCH

Kontoinhaber:

Name:

Adresse:

IBAN:

Ort, Datum:

Unterschrift:
