

SEPA-Lastschriftmandat

(SEPA Direct Debit Mandate) für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/for SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

FRD
Fachverband Röntgentechnik in Deutschland e.V.
Geschäftsstelle
Erfstr. 22a
63927 Bürgstadt

Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments

Zur bankinternen Bearbeitung/for internal use
Nr./No. 50320700

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)
DE94 ZZZ0 0000 8880 58

Mandatsreferenz

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

FRD - Fachverband Röntgentechnik in Deutschland e.V.

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

FRD - Fachverband Röntgentechnik in Deutschland e.V.

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber (Name, Adresse)

Kreditinstitut

BIC¹

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift

1 Hinweis: Die Angabe des BIC kann bei Zahlungen innerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums entfallen.



SEPA-Lastschriftmandat

(SEPA Direct Debit Mandate) für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/for SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)		Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments	
FRD Fachverband Röntgentechnik in Deutschland e.V. Geschäftsstelle Erfstr. 22a 63927 Bürgstadt			
		Zur bankinternen Bearbeitung/for internal use Nr./No. 50320700	
Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier) DE94 ZZZO 0000 8880 58		Mandatsreferenz	

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

FRD - Fachverband Röntgentechnik in Deutschland e.V.

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

FRD - Fachverband Röntgentechnik in Deutschland e.V.

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber (Name, Adresse)	
Kreditinstitut	
BIC ¹	IBAN

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

¹ Hinweis: Die Angabe des BIC kann bei Zahlungen innerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums entfallen.