

SEPA-Lastschriftmandat

Bitte ausgefüllt zurück an Zahlungsempfänger

Name und Adresse des Zahlungsempfängers

Bundesdirektorenkonferenz

Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (BDK)
e. V.

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Frankenalb-Klinik Engelthal
Reschenbergstr. 20
91238 Engelthal

Jährlicher Mitgliedsbeitrag der Bundesdirektorenkonferenz in Höhe von **100,00 €**

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE98ZZZ00000845694

Mandatsreferenz: 1000 ...

Hiermit ermächtige ich widerruflich o. g. Zahlungsempfänger wiederkehrend zum 30.01. des Jahres Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von o. g. Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis:

Ich bin berechtigt, von meinem kontoführenden Kreditinstitut eine Rückerstattung des eingezogenen Betrages innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Tag, an dem mein Konto belastet wurde, zu verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name und Adresse des/der Zahlungspflichtigen

IBAN des/der Zahlungspflichtigen

BIC des kontoführenden Instituts

Kontoführendes Institut

Ort, Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift Zahlungspflichtiger
(ggf. Stempel)