IAB
Interdisziplinärer Arbeitskreis
Bewegungsstörungen

Erteilung eines SEPA-Basislastschrift-Mandats für einmalige Lastschriften

Anschrift des Zahlungsempfängers

Dr. Fereshte Adib Saberi, IAB-Interdisziplinärer Arbeitskreis Bewegungsstörungen
Brahmsallee 21
D-20144 Hamburg

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE15IAB00001294455

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den o.g. Zahlungsempfänger einmalig eine Zahlung für den IAB-Kursbeitrag von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom o.g. Zahlungsempfänger auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Name des Begünstigten, wenn abweichend vom Kontoinhaber

Name(n) des / der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Anschrift des / der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut des / der Zahlungspflichtigen (Name und BIC)

IBAN des / der Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen)

Ort

Datum

Unterschrift(en) des / der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich / uns der Zahlungsempfänger (Name siehe oben) über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.