

Seite -2-

An die
Diabetologen Baden-Württemberg e.G.
Adenauerplatz 4
69115 Heidelberg

Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer DE:

Mandatsreferenz Deb:

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die **Diabetologen BW eG**, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von den **Diabetologen BW eG** auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name:

Vorname:

Straße:

Ort:

Mitglieds-Nr.:

Geburtsdatum:

Name des Kreditinstitutes:

BIC:

IBAN: DE

.....
Ort, Datum

.....
Mitglied / beitretendes Mitglied