



ARBEITSGEMEINSCHAFT
GYNÄKOLOGISCHE
ENDOSKOPIE

SEPA-Lastschrift-Ermächtigung für

Name: _____

Anschrift: _____

Einzugsermächtigung/SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE55ZZZ00001064912

Mandatsreferenz: Mitgliedsnummer (wird später erteilt)

Ich / wir ermächtige/n die AGE Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom der AGE auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung

IBAN _____ **BIC** _____

Datum

Unterschrift