

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE76ZZZ00000505620**

Mandatsreferenz: **VLKKD + „Ihr Nachname“**

SEPA-Lastschriftmandat *(ersetzt frühere „Einzugsermächtigungen“, die weiter gültig sind)*

Ich ermächtige den Verband leitender Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen Deutschlands VLKKD), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom VLKKD auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Das Mandat gilt für die jährlichen, wiederkehrenden Zahlungen, die jeweils am 15. Februar, bzw. dem nächsten folgenden Werktag eingezogen werden (nur bei Neumitgliedern auch unterjährig).

Vorname und Name (Kontoinhaber): _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Ort: _____

(optional für Rückfragen): Telefon: _____ Fax: _____

Email: _____

Kreditinstitut (Name) : _____

BIC: _____ | _____

IBAN: D E ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ |

Datum Ort Unterschrift Stempel

Bitte IM ORIGINAL zurück schicken an:

Priv.-Doz. Dr. Stephan Seeliger
Schatzmeister VLKKD
Kliniken St. Elisabeth
Müller-Gnadeneegg-Weg 4
86633 Neuburg/Donau
Tel.: 08431 543130
Fax: 08431 543089
E-Mail: stephan.seeliger@klinken-st-elisabeth.de