

# „Arbeitsgemeinschaft präklinische Notfallmedizin e.V. Teilnahme am SEPA Lastschriftverfahren

Arbeitsgemeinschaft präklinische Notfallmedizin e.V. Hasestraße 18, 49565 Bramsche  
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE29ZZZ00002355674 Die Mandatsreferenz wird mit dem Aufnahmeschreiben mitgeteilt.

## SEPA Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Arbeitsgemeinschaft präklinische Notfallmedizin e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von o. g. Verein 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.

Mandat gilt für wiederkehrende Zahlungen  Mandat gilt für einmalige Zahlung

Vorname und Name (Kontoinhaber) .....

Straße und Hausnummer .....

Postleitzahl und Ort .....

IBAN: DE \_ \_ \_ \_ \_

Datum, Ort ..... Unterschrift .....

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Kontoänderungen müssen rechtzeitig angezeigt werden. Eventuelle Kosten der Rücklastschrift gehen zu Lasten des Kontoinhabers. Es gilt die Beitragssatzung der AGpN in der jeweils aktuellen Fassung.