

SEPA-Einzugsermächtigung

Mitgliedsbeitrag Regionales Rheumazentrum Berlin

Wenn Sie den reduzierten Mitgliedsbeitrag in Höhe von 50 €

mittels Bankeinzug bezahlen möchten, tragen Sie bitte Ihre Bankverbindung ein und senden dieses Schreiben unterschrieben zurück.

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer DE77RRZ05678901234

Mandatsreferenz Ihre Mitgliedsnummer

Ich ermächtige das Regionale Rheumazentrum Berlin e. V. den Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Regionalen Rheumazentrum 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.

Inhaber _____

IBAN DE _____

BIC _____

Bank _____

Berlin, den _____

Unterschrift

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Senden Sie bitte die ausgefüllte und unterschriebene Einzugsermächtigung an:

FAX: 033127976839, Post: Rheumazentrum Sekretariat, Holzmarktstraße 9, 14467 Potsdam,

eMail: info@rheumazentrumberlin.de