



SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE68ZZZ00000366278
Mandatsreferenz (Mitgliedsnummer): _____

Ich ermächtige die Tierärztekammer Nordrhein, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Tierärztekammer Nordrhein 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.

Name, Vorname _____
(Druckbuchstaben)

Name des Geldinstituts _____

Kontonummer _____

Bankleitzahl (BLZ) _____

IBAN (Bitte angeben) _____

BIC (Swift Code) (Bitte angeben) _____

Name des Kontoinhabers _____
(In Druckbuchstaben)

_____, Datum Unterschrift