



Ärztliche Akademie für Psychotherapie
von Kindern und Jugendlichen e.V.
Spiegelstr. 5
81241 München

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE18 ZZZ 00000 636 062

Mandat für wiederkehrende Zahlungen

Mandatsreferenz: DE18ZZZ00000636062-_____ (hier wird Ihre Mitgliedsnummer eingetragen)

SEPA-Lastschriftmandat Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften

Ich ermächtige die Ärztliche Akademie für Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen e.V., meinen Mitgliedsbeitrag und meine Kursgebühren von meinem nachfolgend angegebenen Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Ärztlichen Akademie für Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen e.V. 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.

Bitte alle Felder ausfüllen:

Titel, Vorname, Name

Straße und Hausnummer

PLZ, Ort

E-Mail (Pflichtfeld!)

Kontoinhaber (falls abweichend)

IBAN (DE + 2 Stellen Prüfziffer + 8 Stellen BLZ + 10 Stellen Kontonr.)
Bitte fehlende Stellen bei der Kontonr. mit vorangehenden Nullen auffüllen!
Sie finden Ihre IBAN und BIC auf Ihrem Kontoauszug

BIC (in Deutschland: 11 Stellen!)

Name und Ort des kontoführenden Geldinstituts (genaue Bezeichnung)

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Die Lastschrifteinzugsermächtigung ist nur gültig, wenn Sie diese per Post an die Ärztliche Akademie zurückschicken. Kein Fax!