

SEPA-Lastschrift-Mandat (SEPA Direct Debit Mandate)

Gesundheitsregion Euregio e.V.

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Creditor's Name & adress)

Gläubiger-Identifikationsnummer (Creditor identifier): DE86ZZZ00000329288

Mandatsreferenz (Mandate reference):

Zahlungsart (Type of payment): Wiederkehrende Zahlung (Recurrent payment)

Ich ermächtige Gesundheitsregion Euregio e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Gesundheitsregion Euregio e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

(By signing this mandate form, you authorise Gesundheitsregion Euregio e.V. to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instruction from Gesundheitsregion Euregio e.V..)

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.

(As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.)

Vorname und Name Kontoinhaber (Name of debtor)

Straße und Hausnummer (Street name and number)

Postleitzahl und Ort (Postal code and city)

Land (Country)

IBAN (Account number-IBAN)

BIC (Swift BIC)

Ort, Datum (Location, date)

Unterschrift (Signature)