

SEPA Lastschriftmandat

Gläubigeridentifikationsnummer DE16ZZZ00000508640

Mandatsreferenznummer:

Ich ermächtige die Gesellschaft für Phytotherapie e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Gesellschaft für Phytotherapie 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.

Titel, Vorname, Name: _____

Name des Kontoinhabers (falls abweichend) : _____

Anschrift: _____

Tel./Fax : _____

E-Mail: _____

Beitragszahlung pro Jahr

125,00 € Ordentliches oder assoziiertes Mitglied

25,00 € Studentisches Mitglied

1.200,00 € Korporatives Mitglied (Institution, Unternehmen)

Name der Bank/BIC: _____

IBAN: _____

Datum, Ort Unterschrift : _____