

SEPA-Lastschriftmandat / SEPA Direct Debit Mandate

Ärzteorchester Hannover e.V. c/o Dr. H. T. Hildebrand
Gebrüder-Grimm-Weg 28 | 31303 Burgdorf | BRD

D E 3 6 Z Z Z 0 0 0 0 2 3 0 0 4 5 2

Gläubiger-Identifikationsnummer / creditor identifier

X

Zahlungsart:
Wiederkehrende Zahlung
type of payment:
recurrent payment

Zahlungsart:
Einmalige Zahlung
type of payment:
one-off payment

**Ärzteorchester Hannover e.V. c/o Dr. H. T.
Hildebrand
Gebrüder-Grimm-Weg 28
31303 Burgdorf
BRD**

S p e n d e Ä r z t e o r c h e s t e r H a n n o v e r

Eindeutige Mandatsreferenz - Wird vom Zahlungsempfänger ausgefüllt / unique mandate reference - to be completed by the creditor

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / debtor name

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): Straße und Hausnummer / debtor street and number

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): PLZ und Ort / debtor postal code and city

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): Land / debtor country

IBAN des Zahlungspflichtigen / debtor IBAN

BIC des Zahlungspflichtigen / debtor BIC

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den Zahlungsempfänger
Ärzteorchester Hannover e.V. c/o Dr. H. T. Hildebrand, Zahlungen
von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die
von Ärzteorchester Hannover e.V. c/o Dr. H. T. Hildebrand auf
mein (unsere) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

By signing this mandate form, I (we) authorise the creditor
Ärzteorchester Hannover e.V. c/o Dr. H. T. Hildebrand to send
instructions to my (our) bank to debit my (our) account and my
(our) bank to debit my (our) account in accordance with the
instructions from the creditor Ärzteorchester Hannover e.V. c/o
Dr. H. T. Hildebrand.

Hinweis: Ich kann (Wir können) innerhalb von acht Wochen,
beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des
belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem
(unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Note: I can (we can), within eight weeks, starting with the date of
the debit request, demand a refund of the amount charged. The
terms and conditions agreed upon with my (our) financial
institution apply.

Ort / location

Datum / date

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) /
signature(s) of the debtor