

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 85ZZZ0000271841

Mandatsreferenz/ Mitgliedsnummer:

## SEPA Lastschriftmandat

Ich/ Wir ermächtigen das Adipositasnetzwerk RLP, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Adipositas Netzwerk RLP auf unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich/ 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.

---

Vorname Nachname (Kontoinhaber)

---

Straße und Hausnummer

---

PLZ und Ort

---

Kreditinstitut (Name)

BIC: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

---

Ort, Datum, Unterschrift

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung jährlich