Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers

Zentrum für Telemedizin e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers

Münchner Straße 5, 97688 Bad Kissingen, Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE48ZZZ00001379027

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen**.**

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Zahlungsart

◉ **Wiederkehrende Zahlung**	○ **Einmalige Zahlung**

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen)	
BIC	
Ort	**Datum**
Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)	