

SEPA-Lastschriftmandat
für SEPA-Basis -Lastschriftverfahren



Name und Anschrift, Land des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

TGRN
Thüringische Gesellschaft für
Radiologie und Nuklearmedizin
Am Klinikum 1
07747 Jena

Gläubiger -Identifikationsnummer
DE93ZZZ00001818112

Mandatsreferenz
Vergabe von TGRN erfolgt umgehend

SEPA-Lastschriftmandat

Ich / Wir ermächtige(n)

Name des Zahlungsempfängers
TGRN e.V.

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich /wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

Name des Zahlungsempfängers
TGRN e.V.

auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

Kontoinhaber/ Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Land)

Kreditinstitut

IBAN des Zahlungspflichtigen

BIC

Ort, Datum

Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat
für SEPA-Basis -Lastschriftverfahren



Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

TGRN Thüringische Gesellschaft für Radiologie und Nuklearmedizin Am Klinikum 1 07747 Jena

Zahlungsart

- Einmalige Zahlung
 Wiederkehrende Zahlung

Gläubiger-Identifikationsnummer DE93ZZZ00001818112	Mandatsreferenz Vergabe von TGRN erfolgt umgehend
-------------------------------------------------------	------------------------------------------------------

SEPA-Lastschriftmandat

Ich / Wir ermächtige(n)

Name des Zahlungsempfängers TGRN e.V.

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich /wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

Name des Zahlungsempfängers TGRN e.V.

auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

Kontoinhaber/ Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Land)	
Kreditinstitut	
IBAN des Zahlungspflichtigen	BIC
Ort, Datum	Unterschrift