

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger*

Gesellschaft für Aphasieforschung und –behandlung (GAB) e.V.
c/o Dr. Ilona Rubi-Fessen
Berrenrather Straße 473
50937 Köln

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE08ZZZ00000897754

Mandatsreferenz: nachnamevorname

Ich ermächtige die Gesellschaft für Aphasieforschung und –behandlung (GAB) e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der GAB 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.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Kontoinhaber (Vor- und Nachname): _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

IBAN: _____

BIC (8 oder 11 Stellen): _____

Ort, Datum

Unterschrift des/der Zahlungspflichtigen

* Bitte beachten Sie: Der oben genannte Zahlungsempfänger ist nicht identisch mit dem postalischen Empfänger dieser Ermächtigung. Bitte schicken Sie das ausgefüllte Formular an: GAB e.V., c/o Eva Oldenburg, MSH Medical School Hamburg, Am Kaiser Kai 1, 20457 Hamburg