

SEPA-Basislastschriftmandat

Zahlungsempfänger:

med.iatori
Deutsche Schiedsstelle im Medizinrecht
Geschäftsstelle
Kaiser-Friedrich-Ring 79
65185 Wiesbaden

Hiermit ermächtige/n ich/wir den oben genannten Zahlungsempfänger, Beitragszahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir mein/ unser Kreditinstitut an, die dem oben genannten Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Gläubiger-ID med.iatori: DE27ZZZ00000232671

Mandatsreferenz:

- ☐ Mandat für einmalige Zahlung
☐ **Mandat für wiederkehrende Zahlungen**

Zahlungspflichtiger:

Name der Firma
(Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Deutschland

Land des
Zahlungspflichtigen

Kreditinstitut Name

SWIFT/BIC

LKZ/PrüfZ/IBAN

Ort, Datum

Unterschrift der/des Zeichnungsberechtigten