

SEPA Basis-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE70ZZZ00002333014**

Mandatsreferenz: **NaNe-Beitrag_** <Mitglieds-Nummer>

Ich ermächtige / Wir ermächtigen **Narkolepsie-Netzwerk e.V.** Zahlungen von meinem / unseren Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von o.g. Empfänger 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 von meinem / unseren Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Meine / Unsere Daten:

Kontoinhaber

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Kreditinstitut

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift/en