SEPA-Lastschriftmandat

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger):

Gesundheitsnetz Osthessen eG
Gerloser Weg 20
36039 Fulda

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE02GNO00000902130

Mandatsreferenz (Mitgliedsnummer): _____

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Gesundheitsnetz Osthessen eG Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Gesundheitsnetz Osthessen eG auf mein/unser 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.

Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung

für den geltenden Mitgliedsbeitrag incl. Mwst. Einzug zum 15. des Monats

Sollte der 15. auf ein Wochenende/Feiertag fallen, findet die Abbuchung am nächsten Werktag statt.

Vorname + Name (Kontoinhaber): _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

IBAN	
BIC	
Name des Kreditinstitutes	
Ort	Datum
Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)	