SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die FSG Medizin Hoyerswerda e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von FSG Medizin Hoyerswerda e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften anzuweisen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belegdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsempfänger:

FSG Medizin Hoyerswerda e.V.
Pforzheimer Platz 4a
02977 Hoyerswerda
Gläubigeridentifikationsnummer: DE69ZZZ00000875704

Zahlungspflichtige:

_____ _____
Vorname und Name (Kontoinhaber) **Mitgliedsnummer**

_____
Straße und Hausnummer

_____
Postleitzahl und Ort

_____
Kreditinstitut

_____ **DE** _____
BIC (11 Stellen) **_ IBAN** (20 Ziffern)

Mitgliedsbeitrag:

		Erwachsene	(Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre)
☐	Monatlich	13,00 €	(7,00 €)
☐	Vierteljahr	39,00 €	(21,00 €)
☐	Halbjahr	70,00 €	(41,00 €)
☐	Jahr	135,00 €	(82,00 €)
☐	Einmalige Aufnahmegebühr	10,00 €	(Kinder und Jugendliche 5 €)

_____

Datum, Ort und Unterschrift