

## 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.  
Dietrich-Bonhoeffer-Str. 4  
02977 Hoyerswerda  
Gläubigeridentifikationsnummer: DE69ZZZ00000875704

### Zahlungspflichtige:

---

Vorname und Name (Kontoinhaber)

---

Mitgliedsnummer

(ggf. frei lassen)

---

Straße und Hausnummer

---

Postleitzahl und Ort

---

Kreditinstitut

DE

IBAN (20 Ziffern)

Der Mitgliedsbeitrag soll eingezogen werden:

- Monatlich
- Vierteljahr
- Halbjahr
- Jahr
- Einmalige Aufnahmegebühr

---

Datum, Ort und Unterschrift