

Hautkrebs-Netzwerk Deutschland e.V.
c/o Prof. Dr. E. W. Breitbart
Am Krankenhaus 1a
21614 Buxtehude



Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 97ZZZ00002166949

Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt (Mitgliedsnummer)

SEPA-Lastschrift-Mandat

Ich ermächtige das Hautkrebs-Netzwerk-Deutschland e.V, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Hautkrebs-Netzwerk-Deutschland e.V auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Bankverbindung:

Kreditinstitut: _____

IBAN: DE __ _ | __ _ _ _ | __ _ _ _ | __ _ _ _ | __ _ _ _ | __ _

Vor- und Nachname des Kontoinhabers: _____

Emailadresse: _____

PLZ: _____ Ort: _____ Straße: _____

Unterschrift (bei Jugendlichen Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)