

SEPA-Lastschriftverfahren

Per Fax an: 03222 3947352 oder per E-Mail an: info@fet-ev.eu

Persönliche Angaben

Name	Vorname	Geburtsdatum
PLZ, Ort	Straße, Hausnummer	Telefon
Beruf	Staatsangehörigkeit	Geburtsort

oder

Angabe der Mitgliedsnummer: _____

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die Fachgesellschaft für Ernährungstherapie und Prävention (FET) e.V. Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der Fachgesellschaft für Ernährungstherapie und Prävention (FET) e.V. 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.

Kontonummer

IBAN

BIC

Name, Vorname und ggf. Anschrift des Kontoinhabers, wenn abweichend von den obigen Angaben.

_____	_____
Ort, Datum	Stempel, Unterschrift