

SEPA-Lastschriftmandat / SEPA Direct Debit Mandate

Bielschowsky-Gesellschaft für Schielforschung und Neuroophthalmologie e.V.

c/o Dr. Thomas Lischka Thadenstrasse 4 | 22767 Hamburg |

D E 1 2 Z Z Z 0 0 0 0 2 2 5 2 4 8 1

Gläubiger-Identifikationsnummer / creditor identifier

Zahlungsempfänger / Creditor:

**Bielschowsky-Gesellschaft
für Schielforschung und
Neuroophthalmologie e.V.**

**c/o Dr. Thomas Lischka
Thadenstrasse 4
22767 Hamburg**

X

Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung

type of payment:

recurrent payment

Zahlungsart:

Einmalige Zahlung

type of payment:

one-off payment

B G - J a h r e s b e i t r a g -

Eindeutige Mandatsreferenz - Wird vom Zahlungsempfänger ausgefüllt / unique mandate reference - to be completed by the creditor

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / debtor name

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): Straße und Hausnummer / debtor street and number

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): PLZ und Ort / debtor postal code and city

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): Land / debtor country

IBAN des Zahlungspflichtigen / debtor IBAN

BIC des Zahlungspflichtigen / debtor SWIFT BIC

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den Zahlungsempfänger Bielschowsky-Gesellschaft für Schielforschung und Neuroophthalmologie e.V., Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der Bielschowsky-Gesellschaft für Schielforschung und Neuroophthalmologie 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.

By signing this mandate form, I (we) authorise the creditor Bielschowsky-Gesellschaft für Schielforschung und Neuroophthalmologie e.V. to send instructions to my (our) bank to debit my (our) account and my (our) bank to debit my (our) account in accordance with the instructions from the creditor Bielschowsky-Gesellschaft für Schielforschung und Neuroophthalmologie e.V.

Note: I can (we can), within eight weeks, starting with the date of the debit request, demand a refund of the amount charged. The terms and conditions agreed upon with my (our) financial institution apply.

Ort / location

Datum / date

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / signature(s) of the debtor