

Mitglied (einzelne natürliche Person)

..... Vorname Name, Geburtsname
..... Geburtsdatum Geburtsort

Mitglied (einzelne juristische Person)

..... Firma Handelsregister-Nr.
..... Vertretungsbevollmächtigter Funktion

Adresse

..... Straße PLZ, Ort
..... E-Mail Telefon

Ich ermächtige die Genossenschaft einmalig _____ EUR mittels Lastschrift einzuziehen
Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Ärztehaus Stadt Tengen eG auf mein Konto
gezogene Lastschrift einzuziehen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Be-
trags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

SEPA-Lastschriftmandat

..... Kontoinhaber Bank
..... BIC IBAN
..... Ort, Datum  Unterschrift des/der Kontoinhabers/in

Gläubiger-ID: _____
Mitglieds-Nr.: _____ Mandatsreferenz-Nr.: _____
Wird von der Genossenschaft ausgefüllt.