SEPA-Lastschrift-Mandat

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Medizinischer Versorgungsverbund Müritz e.V.
Geschäftsstelle
Rosa – Luxemburg – Str. 20
17192 Waren (Müritz)

Gläubiger-Identifikationsnummer	**DE03ZZZ00000747106**
Mandatsreferenz	

Name des Zahlungsempfängers

Medizinischer Versorgungsverbund Müritz e.V.

Ich/Wir ermächtige(n) den Medizinischen Versorgungsverbund Müritz e.V., die Mitgliedsbeiträge von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Medizinischen Versorgungsverbund Müritz e.V. auf mein/unser Konto gezogene 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.

Name Kontoinhaber (Vorname, Name)	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Land	
IBAN/BAN	Swift BIC
Ort, Datum	Unterschrift(en)