deutsche apotheker- und ärztebank

SEPA Direct Debit Mandate/*SEPA-Lastschriftmandat*

for SEPA Core Direct Debit Scheme/für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Creditor's Name & address
Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Berufsvereinigung für heilkundlich praktizierte Osteopathie, hpO

Schwanthalerstr. 5
80336 München

Wiederkehrende Zahlungen/ Recurrent Payments

Creditor identifier/*Gläubiger-Identifikationsnummer*
DE96ZZZ00001476424

Mandate reference/*Mandatsreferenz*
(Wird separat mitgeteilt!)

By signing this mandate form, you authorise [Creditor's Name/*Name des Zahlungsempfängers*] Berufsvereinigung für heilk. prakt. Osteopathie, hpO to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from [Creditor's Name/*Name des Zahlungsempfängers*] Berufsvereinigung für heilk. prakt. Osteopathie, hpO.

Ich/Wir ermächtige(n) [Name des Zahlungsempfängers], Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von [Name des Zahlungsempfängers] auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.
Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name of debtor/*Kontoinhaber (Vorname, Name)*

Street name and number/*Straße, Hausnummer*

Postal code and city/*PLZ, Ort*

Country/*Land*

Account number-IBAN/*IBAN*

Swift BIC/*BIC*[1]

Location, date/*Ort, Datum*	Signature(s)/*Unterschrift(en)*

1 Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

Execution for creditor
Ausfertigung für den Zahlungsempfänger

deutsche apotheker- und ärztebank

SEPA Direct Debit Mandate/*SEPA-Lastschriftmandat*

for SEPA Core Direct Debit Scheme/für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Creditor's Name & address
Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Berufsvereinigung für heilkundlich praktizierte Osteopathie, hpO

Schwanthalerstr. 5
80336 München

Wiederkehrende Zahlungen/ Recurrent Payments

Creditor identifier/*Gläubiger-Identifikationsnummer*
DE96ZZZ00001476424

Mandate reference/*Mandatsreferenz*
(Wird separat mitgeteilt!)

By signing this mandate form, you authorise [Creditor's Name/*Name des Zahlungsempfängers*] Berufsvereinigung für heilk. prakt. Osteopathie, hpO to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from [Creditor's Name/*Name des Zahlungsempfängers*] Berufsvereinigung für heilk. prakt. Osteopathie, hpO.

Ich/Wir ermächtige(n) [Name des Zahlungsempfängers], Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von [Name des Zahlungsempfängers] auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.
Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name of debtor/*Kontoinhaber (Vorname, Name)*

Street name and number/*Straße, Hausnummer*

Postal code and city/*PLZ, Ort*

Country/*Land*

Account number-IBAN/*IBAN*

Swift BIC/*BIC*[1]

Location, date/*Ort, Datum*	Signature(s)/*Unterschrift(en)*

1 Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

Execution for debtor
Ausfertigung für den Zahlungspflichtigen