Let Doctors Fly e.V.
Wilhelm-Hoegner-Str. 23
D-97230 Estenfeld

LET DOCTORS FLY e.V.

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE60ZZZ00000548879
Mandatsreferenz: _____ (wird Ihnen nachträglich mitgeteilt)

Ich ermächtige den Verein Let Doctors Fly e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein Let Doctors Fly e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Zusatzhinweis: Erteilte Einzugsermächtigungen können jeder Zeit, ohne Angaben von Gründen, gekündigt werden.

(*Bitte in Druckschrift ausfüllen*)

☐ Frau ☐ Mann

Nachname, Vorname: (Kontoinhaber) |__|__|__|