

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 Betrags 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.