SEPA-CORE-LASTSCHRIFTMANDAT

Name

Vorname

Nr. und Straße

Postleitzahl **Ort**

Land

IBAN Konto

BIC

Name der Bank

Bitte legen Sie eine Kopie der Bescheinigung der Bankverbindung (RIB) bei

Lastschrifteinzug ◯ **jährlich** ◯ **halbjährlich** ◯ **monatlich**

Verwendung der angegebenen IBAN als Rückerstattungskonto? ◯ **Ja** ◯ **Nein***

***Falls nein: Bitte geben Sie nachfolgend Ihr Rückerstattungskonto an**

Bitte legen Sie eine Kopie der Bescheinigung der Bankverbindung (RIB) bei

Durch die Unterzeichnung dieses Mandatsformulars ermächtigen Sie die CMCM, Ihrer Bank Anweisungen zu erteilen, damit diese den Beitragsbetrag von Ihrem Konto abbuchen kann.
Gemäß den geltenden gesetzlichen Bestimmungen verfügen Sie über eine Frist von maximal 8 Wochen nach dem Abbuchungsdatum des Beitrags, um dessen etwaige Rückerstattung bei Ihrer Bank zu beantragen. **Das originale Mandat, ordnungsgemäß ausgefüllt und unterschrieben, muss mit beigefügter Bescheinigung einer Bankverbindung (RIB) per Post an folgende Adresse zugesendet werden: CMCM, L-2971 Luxembourg.**

Abbuchungstermine:
Jährliche Zahlung: automatische Abbuchung am 2. Januar
Halbjährliche Zahlung: automatische Abbuchung am 2. Januar und am 2. Juli
Monatliche Zahlung: automatische Abbuchung jeweils am 2. des Monats

Ausgestellt in

den

Unterschrift

DER CMCM VORBEHALTEN

Identifizierung des Gläubigers L U 2 8 Z Z Z 0 0 0 0 0 0 0 0 0 8 3 9 8 0 0 2 0 0 1

Mandatsreferenz C M C M 0

Mitgliedsnummer P - 0

CMCM ÄR GESONDHEETSMUTUELLE ZANTER 1956

Adresse Postale L-2971 Luxembourg **Tél.** 49 94 45-400 **E-mail** comptabilite@cmcm.lu