

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.

Lastschriftzug 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.

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

Mandatsreferenz

Mitgliedsnummer