

Verein zur Förderung der Palliativmedizin im Ilm-Kreis e.V.



Gläubiger-Identifikations-Nr.: DE13 ZZZ0 0174 4783
Mandatsreferenz: PALL00__

SEPA-Lastschriftmandat (wiederkehrende Lastschrift)

erteilt durch:

Vorname und Name/Firma	
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl	Stadt

erteilt für: **Verein zur Förderung der Palliativmedizin im Ilm-Kreis e.V.**
Oehrenstöcker Straße 32, 98693 Ilmenau

Zweck: **Jährlicher Mitgliedsbeitrag in Höhe von € 36,00 !**

Ich ermächtige hiermit - jederzeit widerruflich - den o.g. Förderverein, die Zahlung meines jährlichen Mitgliedsbeitrages bei Fälligkeit zu Lasten meines angegebenen Girokontos mit Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein zur Förderung der Palliativmedizin im Ilm-Kreis e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Wenn mein Konto nicht die erforderliche Deckung aufweist, besteht für das kontoführende Kreditinstitut keine Verpflichtung zur Einlösung.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN oder Kontonummer:															
D	E														
BIC oder Bankleitzahl:															
bei Geldinstitut:															

Ort:

Datum:

Unterschrift:

<p>Vorstand</p> <p><u>Vorsitzender:</u> Dr. med. Lothar Zeuner <u>Stellv. Vorsitzende:</u> Dr. med. Marion Brocke <u>Schriftführerin:</u> Sandra Schmidt <u>Kassenwart:</u> Monika Brandstädt</p>	<p>Gerichtsstand</p> <p>Amtsgericht Ilmenau</p> <p>Registrierzeichen: VR 120716</p>	<p>Verein zur Förderung der Palliativmedizin im Ilm-Kreis e.V.</p> <p>Oehrenstöcker Straße 32 98693 Ilmenau</p> <p>E-Mail: kontakt@palliativ-verein.de Internet: www.palliativ-verein.de</p>	<p>Bankverbindung</p> <p>Kreditinstitut: Sparkasse ARN/IL Kontonummer: 10 100 230 86 Bankleitzahl: 840 510 10</p> <p>IBAN: DE75 8405 1010 1010 0230 86 BIC: HELADEF1ILK</p>
---	---	--	--