

Einzugsermächtigung für ein Lastschriftmandat (wiederkehrende Zahlung)¹

¹ Nur gültig für Zahlungen aus dem SEPA-Bereich (Einheitlicher Euro-Zahlungsverkehrsraum).

Hiermit ermächtige ich,

Nachname

Vorname

die Deutsche Hirnstiftung e. V., c/o DGN e. V., Reinhardtstr. 27 C, 10117 Berlin, Deutschland, Gläubiger-Identifikationsnummer DE76ZZZ00002273445 widerruflich, die als Mitgliedsbeitrag jährlich zu leistenden Zahlungen bei Fälligkeit im Lastschriftverfahren von meinem Konto abzubuchen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Deutschen Hirnstiftung e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Mitgliedsbeitrag beträgt 500 Euro pro Jahr.

IBAN

BIC

Sollte das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweisen, so besteht von Seiten des Geldinstituts (s.o.) keine Verpflichtung zur Einlösung. Über Änderungen der Adresse oder Änderungen beim kontoführenden Geldinstitut werde ich die Deutsche Hirnstiftung e. V. unverzüglich informieren. 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. Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mir die Mandatsreferenz-Nr. gesondert mitgeteilt.

_____, den

Ort

Datum

Unterschrift des Kontoinhabers