

SEPA-Lastschriftmandat

für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

- Mandat für wiederkehrende Zahlungen -

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger):

**Freunde und Förderer
der Universitätsmedizin Magdeburg e.V.
c/o Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R.
Leipziger Straße 44
39120 Magdeburg**

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE 76 ZZZ 0000 188 00 13

Mandatsreferenz (=Mitgliedsnummer):

— — — —

Ich/Wir ermächtige(n) die **Freunde und Förderer der Universitätsmedizin Magdeburg e.V.** (kurz **FFUMMD**), Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom **FFUMMD** auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Der **FFUMMD** bittet Sie jedoch darum, bei fehlerhaften Lastschriften Kontakt aufzunehmen (siehe Fußzeile). Eine Rücküberweisung veranlassen wir in diesem Fall gerne.

Kontoinhaber (Vorname, Name)										
Straße, Hausnummer										
PLZ, Ort										
Kreditinstitut (Name und BIC)			_ _ _ _ _ _ _ _ _ _							
IBAN	DE	_ _		_ _ _ _ _		_ _ _ _ _		_ _ _ _ _		_ _

Bitte an o.g. Adresse ausgefüllt und unterschrieben zurücksenden. – Vielen Dank!

Ort

Datum

Unterschrift