

SEPA-Basis-Lastschriftmandat



Ihre Mitgliedsnummer:

Ihr Mitgliedername:

Ich ermächtige den Verein Astronomisches Zentrum Gera e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Astronomisches Zentrum Gera e.V auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: 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.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 81 ZZZ 00001 828 707

| | |
|-------------------------|--|
| IBAN: | |
| BIC: | |
| Kontoinhaber: | |
| Kreditinstitut und Ort: | |

Bitte ziehen Sie meine jährlichen Mitgliedsgebühren ein.

Ort Datum _____

X _____

Unterschrift Kontobevollmächtigten

Bitte ausfüllen, unterschreiben und zurücksenden!

per FAX: 0365/4230031

per E-Mail: postan@astronomisches-zentrum-gera.de

per POST: **Astronomisches Zentrum Gera e. V.
 Am Sportplatz 20
 07552 Gera**