



SEPA LASTSCHRIFTMANDAT

Ansprechperson:

(Firmen-)Name: Vorname: geb. am:

Straße, Haus-Nr.:

PLZ: Wohnort: ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers ☐ keine Angabe**ERTEILUNG EINES SEPA-LASTSCHRIFTMANDATS**

Ich ermächtige/Wir ermächtigen (A) die Deutsche Hämophiliegesellschaft e. V., Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Deutschen Hämophiliegesellschaft e. V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann/Wir 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.

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/-in):

IBAN des Zahlungspflichtigen:

BIC:

06.10.2026

Ort, Datum

Unterschrift(en) des/der Kontoinhabers/Kontoinhaberin