

SEPA Direct Debit Mandate/SEPA-Lastschriftmandat

for SEPA Core Direct Debit Scheme/für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Creditor's Name & address

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

 Berliner Urologische Gesellschaft e.V.
 Geschäftsstelle
 - Frau Andrea Pohl -
 VIVANTES Klinikum am Urban
 Urologische Klinik
 Dieffenbachstr. 1
 10967 Berlin

 Wiederkehrende Zahlungen/
 Recurrent Payments

Creditor identifier/Gläubiger-Identifikationsnummer

DE36ZZZ00000597423

Mandate reference/Mandatsreferenz

[Creditor's Name/Name des Zahlungsempfängers]

By signing this mandate form, you authorise Berliner Urologische Gesellschaft e.V.

to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from

[Creditor's Name/Name des Zahlungsempfängers]

Berliner Urologische Gesellschaft e.V.

Ich/Wir ermächtige(n) [Name des Zahlungsempfängers], Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von [Name des Zahlungsempfängers] auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

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

Name of debtor/Kontoinhaber (Vorname, Name)

Street name and number/Straße, Hausnummer

Postal code and city/PLZ, Ort

Country/Land

Account number-IBAN/IBAN

 Swift BIC/BIC¹

Location, date/Ort, Datum

Signature(s)/Unterschrift(en)

1 Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.