

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 Esmeray Mугan
 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.