

## SEPA-Lastschriftmandat

**Zahlungsempfänger:**

Saarländischer Berufsfachverband für Anästhesie- und Intensivpflege e.V.  
Neugrabenweg 63, 66123 Saarbrücken

**Gläubiger-Identifikationsnummer** DE41ZZZ00001277303

**Mandatsreferenz**

Ich ermächtige den Saarländischen Berufsfachverband für Anästhesie- und Intensivpflege e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Saarländischer Berufsfachverband für Anästhesie- und Intensivpflege 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.

**Zahlungsart:**

Wiederkehrende Zahlung

**Zahlungspflichtiger:**

---

Vorname und Name (Kontoinhaber)

---

Straße und Hausnummer

---

Postleitzahl und Ort

DE \_\_ \_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_  
Konto (IBAN)

---

Kreditinstitut (Name und BIC)

---

Datum, Ort

---

Unterschrift