

An die
Ehemaligen-Vereinigung des Europa-Instituts
Rechtswissenschaft – EVER e.V.
Europa-Institut der Universität des Saarlandes
z. Hd. Frau Claudia Schäffner

Postfach 15 11 50

D-66041 Saarbrücken

Fax: +49(0)681/302-4369

Ermächtigung

SEPA Lastschriftmandat

Bitte füllen Sie beiliegendes Formular aus.

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen des jährlichen EVER e.V.-Mitgliedsbeitrags über meine Kreditkarte abzubuchen.

Name des Karteninhabers

Kartennummer

KPN (= Kartenprüfnummer, dies sind die auf der Kartenrückseite im Unterschriftenfeld angegebenen DREI letzten Ziffern)

Ablaufdatum

Vertragspartner:

VISA

MASTERCARD

Ort/ Datum

Unterschrift

Bitte geben Sie uns die Änderungen Ihrer Adresse und Bankverbindung / Kreditkarte schnellstmöglich bekannt!
Bitte geben Sie uns zur Aktualisierung unserer Datenbank Ihre genaue Anschrift, Telefon, Fax, e-mail (beruflich und privat) an.
Vielen Dank!

SEPA Lastschriftmandat / SEPA Direct Debit Mandate

EVER e.V.

Name des Zahlungsempfängers / Creditor Name

Postfach 15 11 50 / P.O. Box 15 11 50

Straße und Hausnummer / Street Name and Number

D-66041 Saarbrücken, Germany

Postleitzahl und Ort und Land / Postal Code and City and Country

DE18ZZZ00000877010

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor Identifier

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate Reference (to be completed by the creditor)

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger EVER e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger EVER 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.

By signing this mandate form, you authorize the creditor EVER e.V. to send instructions to your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor EVER e.V.

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.

Zahlungsart / Type of Payment:

Wiederkehrende Zahlung / Recurrent Payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor Name

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the Debtor (max. 35 characters)

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters)

Hinweis: Die Angaben des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt.

Note: If the Creditor's IBAN is beginning with DE, the use of the BIC can be omitted.

Ort, Datum / Location, Date

Unterschrift des Zahlungspflichtigen
(Kontoinhaber) / Signature of the Debtor