



Medical Physicists in Diaspora for Africa

SEPA-Lastschriftmandat

MephidA e.V., Gläubiger-ID: DE93ZZZ00002410491

Hiermit ermächtige ich MephidA e.V. (Medical Physicists in Diaspora for Africa), Sitz: Offenburg, VR-NR. 701432, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von MephidA e.V. auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Die Belastung des Mitgliederbeitrags erfolgt jährlich und beträgt derzeit 20 €/Jahr.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Name, Vorname) _____

Name der Bank: _____

IBAN: _____

Datum und Unterschrift für das Lastschriftmandat:

Ort

Datum

Unterschrift