SEPA Mandat

Name, Vorname:

_____

_____

Ort, Datum Unterschrift

SEPA Lastschrift

Wir/Ich ermächtige(n) die DSW Düsseldorf Zahlungen von meinem unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an die von der DSW Düsseldorf auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Die Gläubiger ID der DSW lautet **DE94ZZZ00002115981.**

IBAN:

BIC oder Bankname:

_____

_____

Ort, Datum Unterschrift

Bitte senden Sie diesen Aufnahmeantrag an:
Deutsch-Schweizerische Wirtschaftsvereinigung zu Düsseldorf e.V. c/o
Rechtsanwälte Schmitz & Wicher
Heinrichstr. 73 40239 Düsseldorf oder sekretariat@dswev.de