

Gläubiger-Identifikationsnummer DE12ZZZ00000740057

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen 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.

Kennnummer: _____

Vorname und Name: _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl Ort: _____

Name des Kreditinstituts: _____

IBAN: DE ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____

BIC: ____ - ____ - ____ - ____ | ____ - ____ - ____

Abweichender Kontoinhaber: _____

Ort, Datum:

Unterschrift des Zahlungspflichtigen

Formular bitte per Post, E-Mail oder Fax zurücksenden an:

Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, Willstätterstr. 10, 40549 Düsseldorf,
Fax: 0211-522847-15, Email: info@ptk-nrw.de