

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Name

Vorname

Nr. und Straße

Postleitzahl

Ort

Land

IBAN Kontonummer

BIC

Name der Bank

Einzug

jährlich

halbjährlich

monatlich

Durch die Unterzeichnung dieses Vollmachtformulars ermächtigen Sie die CMCM, Anweisungen an Ihre Bank zu schicken, damit diese den Beitragsbetrag von Ihrem Konto abbuchen kann.
Gemäß den geltenden gesetzlichen Bestimmungen verfügen Sie über eine Frist von maximal 8 Wochen nach dem Abbuchungsdatum des Beitrags, um dessen etwaige Rückerstattung bei Ihrer Bank zu beantragen.

Abbuchungstermine:

Jährliche Zahlung: automatische Abbuchung am 2. Januar

Halbjährliche Zahlung: automatische Abbuchung am 2. Januar und am 2. Juli

Monatliche Zahlung: automatische Abbuchung jeweils am 2. des Monats

Ausgestellt in

den

Unterschrift

DER CMCM VORBEHALTEN

Identification du créancier

L U 2 8 Z Z Z 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 8 3 9 8 0 0 2 0 0 1

Référence du mandat

C M C M 0

N° du contrat

P - 0