



An
ATEM – Der Berufsverband e. V.
Möckernstraße 67

10965 Berlin

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE65ZZZ00000868889

Mandatsreferenz: WIRD SEPARAT MITGETEILT

Ich ermächtige den BV-ATEM e. V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Die einmalige **Aufnahmegebühr, (oder bei Bedarf die Prüfungsgebühr)**

sowie der **jährliche Mitgliedsbeitrag ab 20.....**

jährlich

(jeweils zum 1. April ab dem Folgejahr)

1x im Quartal

(jeweils zum 15. des zweiten Monats, **möglich ab dem Folgejahr**)

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem BV-ATEM e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Name und Vorname des BV-ATEM-Mitglieds (falls nicht identisch mit dem Kontoinhaber)	
Name und Vorname des Kontoinhabers	
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl und Ort, Land	
IBAN	
BIC	
genaue Bezeichnung des Kreditinstituts	

Ort

Datum

Unterschrift (handschriftlich)

Dieses Formular bitte per Post senden.

Ihre Daten können Sie direkt in der PDF eintragen