



Vereinigung iranischer Ärzte und Apotheker in Berlin e.V.

کانون پزشکان و داروسازان ایرانی مقیم برلین

SEPA-Lastschriftmandat

Titel:

Name, Vorname:

Anschrift:

E-Mail:

Tel.-Nr.: Geburtsdatum:

Beruf:

Ich ermächtige die VIAAB Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von VIAAB auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Jahresmitgliedsbeitrag: 100,-€

Vorname und Name (Kontoinhaber, falls abweichend vom Antragsteller):

.....

Kreditinstitut (Name und BIC):

.....

IBAN:

.....

Datum, Ort und Unterschrift:

.....

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE14ZZZ00002259623

Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.

Sie können den ausgefüllten unterschriebenen Antrag an folgenden Adresse mailen:

vereinir.aea@gmail.com

vorstand@viaab.de

Vereinigung iranischer Ärzte und
Apotheker in Berlin e.V.
www.viaab.de
vereinir.aea@gmail.com

Bankverbindung:
Deutsche Apotheker und Ärztebank eG
IBAN: DE51300606010004656792
BIC: DAAEDEDXXX
Steuer-Nr.: 27/620/62965

Vorsitzender des Vereins:
Herr Dr. med. A.A. Issavand
Stellvertretende Vorsitzende:
Frau Dr. med. Nasrin Rasch