

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Hamburgische Kammer der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten

An:
Psychotherapeutenkammer Hamburg
Hallerstraße 61
20146 Hamburg

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-ID: DE86ZZZ00000401456

Mandatsreferenz (= EFN): _____ (kurze Mitgliedsnummer)

Ich ermächtige die Psychotherapeutenkammer Hamburg, alle von mir zu entrichtenden Zahllasten (z. B. Kammerbeitrag, Gebühren, etc.) von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Psychotherapeutenkammer Hamburg 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.

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Name des Kreditinstituts

D E _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _
IBAN (20stellige Zahl)

BIC

Ort, Datum

Unterschrift