

Gläubiger-Identifikationsnummer DE12ZZZ00000740057

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Psychotherapeutenkammer NRW, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Psychotherapeutenkammer NRW 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 NRW, Willstätterstr. 10, 40549 Düsseldorf,
Fax: 0211-522847-15, Email: info@ptk-nrw.de