

Gläubiger-Identifikationsnummer DE12ZZZ00000740057

**SEPA-Lastschriftmandat**

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