

Phelan-McDermid-Gesellschaft e.V.
Geschäftsstelle Universitätsklinikum Ulm
Krankenhausweg 3, 89075 Ulm

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE63ZZZ00001430264

Mandatsreferenz *)

*) wird von uns ausgefüllt.

Einzugsermächtigung:

Ich/Wir ermächtige(n) den Zahlungsempfänger widerruflich, die von mir /uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit von meinem/unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige den Zahlungsempfänger Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir unser Kreditinstitut an, die Lastschriften einzulösen.

Ich/wir können innerhalb 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsmonat die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Wiederkehrende Zahlung zum 1. Werktag im Juli.

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Ort	
IBAN (max. 22 Stellen)	
BIC (8-11 Stellen)	
Ort	Datum
Unterschrift	

Bitte drucken Sie diese 2-seitige Beitrittserklärung aus und schicken Sie beide Seiten ausgefüllt an:

Universitätsklinikum Ulm
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Geschäftsstelle der Phelan-McDermid-Gesellschaft e.V.
Krankenhausweg 3
89075 Ulm