

## SEPA-Lastschrift-Mandat CORE

### Falls Sie sich für die Domizilierung entschieden

haben, füllen Sie bitte das Domizilierungsformular „SEPA-Lastschrift-Mandat CORE“ aus und senden Sie es bitte ausgefüllt und unterschrieben an  
**KPVDB, B. Straeten, Hillstrasse 5, B-4700 Eupen**

 Bitte alle mit \* gekennzeichneten Felder ausfüllen.

#### Mandat-Referenz \* – vom Zahlungsempfänger KPVDB auszufüllen (max. 35 Zeichen)

KPVDB(Mitgliedsnummer) : .....

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen (A) [Name des Zahlungsempfängers], Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die von KPVDB auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/ Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Das Einziehen des Mitgliedsbeitrages wird nicht im Voraus mitgeteilt  
 Bei Ihrer Bank können Sie sich über ihre Rechte bezüglich dieses Mandats informieren.

#### Kontoinhaber

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)\* (max. 70 Zeichen)

.....

Straße und Hausnummer\*

.....

Postleitzahl\*

Ort\*

.....

Land\*

.....

Ihre Konto\*

IBAN\* .....

BIC\* .....

#### Gläubiger

Name des Zahlungsempfängers\* (max. 70 Zeichen)

#### Deutschsprachige Krankenpflegevereinigung in Belgien – V.o.G

Gläubiger-Identifikationsnummer (max. 35 Zeichen)

BE52 ZZZ 0434406679.....

Straße und Hausnummer\*

Hillstrasse 5

Postleitzahl \*/ Ort\*

4700 Eupen

Land\*

Belgien

#### Zahlungsart \* (Bitte Auswahl ankreuzen)

Jährlich

Halbjährlich

Referenznummer des zugrunde liegenden Vertrages\*

KPVDB(Mitgliedsnummer) .....

Ort\*

.....

**Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen\***

Datum der Unterschrift\*

\_\_ - \_\_ - \_\_