



Bitte vollständig ausgefüllt zurück an:

Vereinigung für Allgemeine und
 Angewandte Mikrobiologie e.V.
 Mörfelder Landstr. 125
 60598 Frankfurt am Main

Adresse:

Vereinigung für Allgemeine und Angewandte
 Mikrobiologie e.V.
 Mörfelder Landstr. 125 | D- 60598 Frankfurt
 Tel +49 (0)69 660567-20
 Fax +49 (0)69 660567-22
 Email info@vaam.de
 Internet http://www.vaam.de

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE27ZZZ00000577312

SEPA-Lastschriftmandat/SEPA Direct Debit Mandate

Ich ermächtige die Vereinigung für Allgemeine und Angewandte Mikrobiologie e.V. (VAAM) die jährlichen Mitgliedsbeiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der VAAM auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

By signing this mandate form, you authorize VAAM to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from VAAM.

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.

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Bitte füllen Sie alle markierten Felder vollständig aus/Please complete all the fields marked *.

*Vorname und Name/First name and last name **

Mitgliedsnummer/Member ID

*Straße und Hausnummer/Street address **

*Postleitzahl und Ort/Postal code and City **

Land/Country

*Bank (Name) **

____-____-____|____-____-____
*Bank (BIC) **

____-____-____|____-____-____|____-____-____|____-____-____|____-____-____|____-____-____
*IBAN (22 Zeichen/Characters) **

*Ort, Datum/City, Date **

*Unterschrift/Signature **