

## SEPA-Lastschriftmandat

**Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger):**

**Kontoinhaber:**  
(bitte mit der Tastatur ausfüllen oder deutlich lesbar in Druckbuchstaben)

An die MEG-Regionalstelle Frankfurt Dr. Manfred Prior Frankfurter Str. 19  65830 Kriftel bei Frankfurt Fax: <b>06192 – 9584466</b>
--

Vorname, Name: .....
Straße: .....
PLZ und Ort: .....
Tel.: .....
Email: .....
(für die Anmeldebestätigung und Mitteilung der Mandatsreferenznummer)

Hiermit ermächtige ich die MEG-Frankfurt (Adresse s.o.) (Gläubigeridentifikationsnr. DE97ZZZ00000272345) die von mir zu entrichtenden Zahlungen für meine Teilnahme an

<input type="checkbox"/> Seminar: .....	Datum: .....
<input type="checkbox"/> Seminar: .....	Datum: .....
<input type="checkbox"/> Seminar: .....	Datum: .....
<input type="checkbox"/> Seminar: .....	Datum: .....
<input type="checkbox"/> dem Supervisionstag am .....	
<input type="checkbox"/> der Kompakteinführung B1 am .....	
<input type="checkbox"/> den Seminaren B2 – B8 des Curriculums Klinische Hypnose ....	

frühestens 3 Wochen vor Seminarbeginn von meinem/ unserem Konto

IBAN: .....
bitte sorgfältig und deutlich leserlich – Danke!
BIC: .....
(der BIC-Code ist nur bei Zahlungen aus dem Ausland erforderlich)
Name der Bank: .....

mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/ unser Kreditinstitut an, die von der MEG-Frankfurt auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann /wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Wenn das Seminar in weniger als 3 Wochen stattfindet, so bin ich damit einverstanden, dass die von mir zu entrichtende Seminargebühr aufgrund der Kurzfristigkeit der Anmeldung sofort und vor Ablauf der 14-tägigen Ankündigungsfrist eingezogen wird.

Ich bin MEG-Mitglied       Nein       Ja

Ort, Datum	Unterschrift(en)
------------	------------------

Die Anmeldung wird verbindlich durch das Faxen oder Zusenden dieses vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Lastschriftmandats an die MEG-Frankfurt (Fax: 06192-9584466)