

SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich Dr. Eleonore Höfner, Geschäftsführerin des DIP,
(Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 11ZZZ00000565184)

zum Einzug der jährlichen DIP Netzwerkgebühr in Höhe von € 50,-

Name:

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

Der Lastschrifteinzug erfolgt von folgendem Konto:

Kontoinhaber:

Name der Bank:

IBAN:

BIC:

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift)