

---

Interessengemeinschaft Arthrogryposis e. V.  
Frank Große Heckmann  
In der Lohe 14  
D-52399 Merzenich

Oder an:

IG Arthrogryposis e. V.  
Michael Kahsnitz  
Cranachstraße 13  
D-52351 Düren

Gläubiger-Identifikationsnummer DE66ZZZ00000165330

**SEPA-Lastschriftmandat**

Mandatsreferenz (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige die Interessengemeinschaft Arthrogryposis e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Interessengemeinschaft Arthrogryposis e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

\_\_\_\_\_  
Name und Vorname (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name und BIC)

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum und Unterschrift

**DIESES SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT GILT FÜR DIE MITGLIEDSCHAFT VON**

\_\_\_\_\_  
Name und Vorname

---