





**Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V.**  
**Postfach 104062**  
**45040 Essen**  
Fax: 0201 94685380

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE55ZZZ00000097725  
Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

## Erteilung - SEPA-Lastschrift-Mandat

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den **Verband der Diätassistenten e.V. (VDD)**, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschriften einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die vom **Verband der Diätassistenten e.V. (VDD)**, 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.

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

**Angaben des  
Kontoinhabers**

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

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

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut: Name

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut: BIC

*Bitte  
in Druckschrift  
ausfüllen!*

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort und Unterschrift des Kontoinhabers

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Vereinbarung mit

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

\_\_\_\_\_  
falls bekannt: Mitglieds-/Kundennummer

**Mitglied bzw. Kunde,  
falls abweichender  
Kontoinhaber**

\_\_\_\_\_  
Anschrift

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift werde ich über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichtet durch den **Verband der Diätassistenten e.V. (VDD)**.