

# Verbindliche Anmeldung zur Fortbildung

und SEPA-Lastschriftmandat

Name der Fortbildung:	Alternatives Betreuungsmodell / Unternehmermodell jeweils 10.00- 16.00 Uhr
<b>BGW-Mitgliedsnummer (unbedingt eintragen):</b>	
Veranstaltungsdatum/Ort:	24.8.24 Verden, Auffrischer                      26.10.24 Hatten, Auffrischer 21.9.24 Hannover, Erstschulung                      23.11.24 Hannover, Auffrischer
Teilnahmegebühr / Person	<b>150,- Euro</b>
	Eine kostenfreie Stornierung ist schriftlich bis vier Wochen vor gewählter Veranstaltung möglich. Nach der genannten Frist: 100,- Stornierungsgebühr.
Rechnungsempfänger:	<input type="radio"/> Kontoinhaber <input type="radio"/> Teilnehmer

## SEPA - Lastschriftmandat

Mandatsreferenz: \_\_\_\_\_

(wird von der Kammer ausgefüllt)

Zahlungsempfänger:

**Tierärztekammer Niedersachsen**  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Fichtestr. 13  
30625 Hannover – Deutschland

**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE85ZZZ00000031322**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich / weisen wir mein / unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogene/n Lastschrift/en 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.

Hinweis: Meine / Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich / wir von meinem / unserem Kreditinstitut erhalten kann / können.

<b>Zahlungsart: einmalige Zahlung</b>	nach Einzug erlischt das Lastschrift-Mandat automatisch
<b>Name des / der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):</b>	
<b>Anschrift des / der Zahlungspflichtigen</b>	
<b>Straße und Hausnummer:</b>	
<b>Postleitzahl und Ort:</b>	
<b>Land:</b>	
<b>IBAN:</b>	
<b>BIC:</b>	
<b>Name und Anschrift der/des Teilnehm. (falls abweichend)</b>	
<b>E-Mail:</b>	
<b>Ort, Datum:</b>	
<b>Unterschrift(en des / der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) und ggf. Firmenstempel:</b>	