



HEURES D'OUVERTURE: lundi - vendredi de 9:30 à 16:30 h

Matricule
Mitgliedsnummer

Domiciliation Européenne - Europäisches Lastschriftverfahren - SEPA Direct Debit

pour le paiement des cotisations à la / zur Zahlung der Beiträge an die

CAISSE DE DÉCÈS MUTUALISTE

Mandat:
Réservé à la CDML

Identifiant unique de la CDML **LU13ZZZ0000000008398001010**
Identnummer der CDML

Type de paiement **Récurrent**
Zahlungsart **Wiederkehrende Zahlung**

IBAN No.
IBAN Nr.

Titulaire de compte
Kontoinhaber

BIC-Code
BIC-Code

Institut financier
Bankname

Procuration

Le soussigné.....

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) CDML à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la CDML.

Vous bénéficiez d'un droit à remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.

Ermächtigung

Unterzeichner.....

Ich ermächtige hiermit (A) die Caisse de décès mutualiste, den Jahresbeitrag mittels Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein Kreditinstitut an, diese Lastschrift auf mein Konto einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Localité, Date / Ort, Datum

Signature / Unterschrift