

## **SEPA-Lastschrift-Mandat**

Psychiatrie Verlag GmbH, Ursulaplatz 1, 50668 Köln

Gläubiger-Identifikationsnummer DE17ZZZ00000300072

Mandatsreferenz (Ihre Kundennummer, falls zur Hand)

Ich ermächtige die Psychiatrie Verlag GmbH, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich bzw. wir mein Kreditinstitut an, die von der Psychiatrie Verlag GmbH auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: 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.

---

Vorname und Name (Kontoinhaber)

---

Straße und Hausnummer

---

Postleitzahl und Ort

---

Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN

---

Datum, Ort und Unterschrift

**Bitte einsenden an [rechnungen@psychiatrie-verlag.de](mailto:rechnungen@psychiatrie-verlag.de)**

Post: Psychiatrie Verlag GmbH, Herr Hoff, Ursulaplatz 1, 50668 Köln