

Deutsch-Japanische Gesellschaft
am Niederrhein e.V.
Graf-Adolf-Strasse 49
40210 Düsseldorf

Gläubiger-ID 資金受取人 ID: DE10ZZZ00001113737

Mandatsreferenznummer 支払人委任照会番号: (identisch mit Mitgliedsnummer 会員番号と同じ)

SEPA-Lastschrift/SEPA ダイレクトデビット自動引落委任状

Hiermit ermächtige ich/wir die DJG am Niederrhein e.V., die jeweils zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge, jährlich - **erstmalig ab dem Kalenderjahr 20__** - von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meinen/weisen wir unseren unten genannten Zahlungsdienstleister an, die von Ihnen auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzuziehen. Vor dem ersten Einzug wird mir/uns die DJG am Niederrhein e.V. über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten und dabei die Mandatsreferenz mitteilen.

本状をもって、私は/当社は、独日協会が、私の/当社の書き指定口座より、**20__**年から、毎年会費の自動引落しをすることに対し、委任いたします。同時に、私は/当社は、独日協会からの SEPA ダイレクトデビット自動引落しに対し、私の/当社の銀行に指示をいたします。独日協会は、SEPA ダイレクトデビットの初回引落しを実施する前に、私/当社に支払人委任照会番号を提示の上、事前通知をする。

Name des Kreditinstituts 銀行名	
BIC	
IBAN	
Kontoinhaber 口座名義 (*nur ausfüllen, wenn Sie nicht selbst Kontoinhaber sind 会員名と口座名義が一致しない場合のみ)	

Firma / Institution 会社/団体名:	
Titel / Anrede:	
Name 姓:	
Vorname 名:	
Straße und Hausnummer 住所:	
PLZ und Ort 郵便番号と場所:	

Ort, Datum 場所、日付

Unterschrift des Kontoinhabers /
des Vertretungsberechtigten
署名 (法人の場合には代表者署名)

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 Zahlungsdienstleister vereinbarten Bedingungen.

注) 私は/当社は、自動引落日から 8 週間以内に、引落された金額の返金を要求することができる。その際、私の/当社の銀行と合意した約定期間が適用される。