

## SEPA-Lastschriftmandat

**Gläubiger-Identifikationsnummer DE13JJF00000530228**

## **Mandatsreferenz (wird im Betreuungsvertrag mitgeteilt)**

Ich ermächtige den Verein Jugendberatung und Jugendhilfe e.V., anfallende Betreuungs- und Essenskosten im Rahmen des Pakts für den Nachmittag und der Anschlussbetreuung mittels Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein/e Kreditinstitut/Bank an, die von Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die von meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name u. Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_

## Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Nachname, Vorname (Kontoinhaber/in)

11. **What is the primary purpose of the *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*?**

*Straße und Hausnummer, Postleitzahl und Ort*

For more information, contact the Office of the Vice President for Research and Economic Development at 515-294-6450 or [research@iastate.edu](mailto:research@iastate.edu).

Name der Bank

For more information, contact the Office of the Vice President for Research and Economic Development at 505-272-2300 or [research@unm.edu](mailto:research@unm.edu).

IBAN

*BIC (Angabe ist erforderlich!)*

### Ort

*Datum*

*Unterschrift der Kontoinhaberin/des Kontoinhabers*

For more information, contact the Office of the Vice President for Research and the Office of the Vice President for Student Affairs.