



Einzugsermächtigung(en) mit Wirkung ab 2025
Direct Debiting Mandate(s) with effect from 2025
Autorisation(s) de prélèvement avec effet à partir du 2025

EPO Konto/account/compte No.	_____
Kontoinhaber(in)/deposit account holder/titulaire du compte	_____
Unterschriftsberechtigte(r)/ authorised signatory/signataire autorisé(e)	_____
E-Mail Adresse/address	_____
Telefon/phone/Téléphone	_____

Bitte ergänzen Sie unten die Angaben für bis zu 4 zu erteilende/widerrufende Einzugsermächtigungen, kreuzen Sie jeweils die gewünschte Option an und unterschreiben Sie alle Seiten. Für mehr als 4 Mitglieder bitte diese Seite duplizieren und ebenfalls die entsprechenden Angaben und Unterschriften ergänzen.

Please complete the details below for up to 4 direct debiting mandates to be issued/revoked, tick the required option in each case and sign all pages. For more than 4 members, please duplicate this page and also complete the relevant details and signatures.

Veuillez compléter ci-dessous les détails pour jusqu'à 4 autorisations de prélèvement à délivrer/révoquer, cocher à chaque fois l'option souhaitée et signer toutes les pages. Pour plus de 4 membres, veuillez dupliquer cette page et compléter également les détails et signatures correspondants.

1. epi Mitglied/member/membre
Erteilung/Issuance/Délivrance Widerruf/Revocation/Révocation

Nachname/Surname/Nom de famille

Vorname/Forename/Prénom

epi Mitglieds-Nr./member no./N° de membre (8 Ziffern/digits/chiffres)

2. epi Mitglied/member/membre
Erteilung/Issuance/Délivrance Widerruf/Revocation/Révocation

Nachname/Surname/Nom de famille

Vorname/Forename/Prénom

epi Mitglieds-Nr./member no./N° de membre (8 Ziffern/digits/chiffres)

3. epi Mitglied/member/membre
Erteilung/Issuance/Délivrance Widerruf/Revocation/Révocation

Nachname/Surname/Nom de famille

Vorname/Forename/Prénom

epi Mitglieds-Nr./member no./N° de membre (8 Ziffern/digits/chiffres)

4. epi Mitglied/member/membre
Erteilung/Issuance/Délivrance Widerruf/Revocation/Révocation

Nachname/Surname/Nom de famille

Vorname/Forename/Prénom

epi Mitglieds-Nr./member no./N° de membre (8 Ziffern/digits/chiffres)

Datum/Date	Voller Name der/des Unterschriftsberechtigten / Full name of the authorised signatory / Nom complet du/de la signataire autorisé(e)	Unterschrift / Signature
------------	---	--------------------------



Einzugsermächtigung

Eingangsfrist im
epi-Sekretariat:

15. Februar 2025

Das Institut der beim Europäischen Patentamt zugelassenen Vertreter (**epi**) wird hiermit ermächtigt, den jeweils gültigen **epi**-Jahresmitgliedsbeitrag für das genannte Mitglied einzuziehen. Der Einzug erfolgt einmalig am 25. Februar des laufenden Jahres von dem vorstehend anzugebenden Konto beim Europäischen Patentamt (EPA). Die Einzugsermächtigung wird wirksam beginnend mit dem Jahresmitgliedsbeitrag **2025** und gilt für künftig fällige Mitgliedsbeiträge bis auf schriftlichen Widerruf.

Der Einzug erfolgt auf der Grundlage der zwischen dem EPA und dem **epi** getroffenen Verwaltungsvereinbarung vom 5. April 1993 (ABI. EPA 1993, 367) und der Nr. 9 der Vorschriften über das laufende Konto (ABI. EPA 1993, 366). Alle an das EPA am Abbuchungstag zu entrichtenden Gebühren und Auslagen werden dem Einzug des **epi**-Beitrags vorgezogen.

Bitte stellen Sie sicher, dass Ihr EPA-Konto im Abbuchungszeitraum über eine ausreichende Deckung verfügt. Wir weisen Sie darauf hin, dass bei unzureichender Deckung der komplette Abbuchungsauftrag nicht ausgeführt werden kann.

Der Kontoinhaber und jedes **epi**-Mitglied werden darüber schriftlich in Kenntnis gesetzt.

Ich stimme den oben genannten Bestimmungen zu.

Direct debiting mandate

Deadline for receipt by
the **epi** Secretariat:

15 February 2025

The Institute of Professional Representatives before the European Patent Office (**epi**) is hereby authorised to debit the **epi** annual subscription for the member named before at the appropriate rate. This direct debit occurs once on 25 February of the current year from the deposit account held with the European Patent Office (EPO) as specified below. This direct debiting mandate applies to the membership fee **2025** and the forth-coming subscriptions until it is revoked in writing.

Debiting will be done on the basis of the Administrative Agreement dated 5 April 1993 between the EPO and the **epi** (OJ EPO 1993, 367) and point 9 of the Arrangements for deposit accounts (OJ EPO 1993, 366).

All fees and costs payable to the EPO on the debiting date have priority over the **epi** subscription.

Please be sure that during the period of time surrounding the time of the debit order there are sufficient funds in your EPO account to cover the entire debit order.

Kindly note that a partial coverage will prevent the entire debit order from being carried out.

In such cases, the holder of the account as well as each **epi** member involved will be informed in writing.

I agree with the stipulations cited above.

Autorisation de prélèvement

Date limite de réception au
Secrétariat de l'**epi**:

15 février 2025

L'Institut des mandataires agréés près l'Office européen des brevets (**epi**) est autorisé par la présente à prélever le montant en vigueur de la cotisation annuelle de l'**epi** pour le membre dont le nom figure précédemment. La présente autorisation de prélèvement sur le compte ouvert à l'Office européen des brevets (OEB) prend effet une seule fois le 25 février de l'année en cours. Cette autorisation de prélèvement vaut pour la cotisation **2025** ainsi que pour les cotisations suivantes jusqu'à révocation par écrit.

Le prélèvement est opéré sur la base des dispositions de l'accord administratif en date du 5 avril 1993 entre l'OEB et l'**epi** (JO OEB 1993, 367) ainsi que de celles du point 9 de la décision modifiant la réglementation applicable aux comptes courants (JO OEB 1993, 366).

Le règlement de toutes les taxes et de tous les frais dûs à l'OEB à la date de débit a priorité sur le prélèvement de la cotisation annuelle de l'**epi**.

Veillez-vous assurer que votre compte à l'OEB est suffisamment approvisionné pendant la période de débit.

Nous attirons votre attention sur le fait que l'ordre de débit sera refusé dans sa totalité si le compte n'est pas suffisamment approvisionné.

Dans ce cas, le titulaire du compte ainsi que chaque membre de l'**epi** seront informés par écrit.

J'accepte les conditions mentionnées ci-dessus.

Datum / Date

Voller Name der/des Unterschriftsberechtigten /
Full name of the authorised signatory /
Nom complet du/de la signataire autorisé(e)

Unterschrift / Signature

Bitte beachten Sie, dass Einzugsermächtigungen nach einer dem EPA mitgeteilten Änderung der Anschrift oder des Arbeitgebers **nicht automatisch angepasst** werden.

Please note that direct debiting mandates are **not automatically amended** after a change of address or employer notified to the EPO.

Veillez noter que les autorisations de prélèvement automatique **ne sont pas automatiquement modifiées** après un changement d'adresse ou d'employeur notifié à l'OEB.