

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubigeridentifikationsnummer: DE42ZZZ00000882398



Mandatsreferenz: **WIRD SEPARAT MITGETEILT**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die Wichtelstube Rommelsbach e. V., Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Wichtelstube Rommelsbach e. V. auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen beginnend mit dem Belastungsdatum die Erstattung des belasteten Betrags verlangen.

Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name Kontoinhaber/in

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Beitrag für das Kind _____
(Vor- und Nachname)

Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN DE __ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

BIC ____ | __ | __ | ____

Name des Kreditinstitutes

Ort, Datum und Unterschrift Kontoinhaber/in