Pflichtfeld Optional

Verein Kneipp Bad Grönenbach

SEPA-Lastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers:

Kneipp-Verein Bad Grönenbach

Anschrift des Zahlungsempfängers:

Obere Bergstraße 12
87787 Wolfertschwenden

Gläubiger-Identifikationsnummer:

Mandatsreferenz: ……

für Mitgliedschaft von: ……
Name des Mitglieds bzw. Hauptmitglieds (Vor- und Nachname)

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich/Wir ermächtige/n den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom oben genannten Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Zahlungsart: ☒ Wiederkehrende Zahlung ☐ Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen / Kontoinhaber/-in (Vor- und Nachname):

……

Bankverbindung des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/-in):

IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

BIC | | | | | | | | | | |
(Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt)

…… ……
Ort Datum (TT.MM.JJJJ)

……
Unterschrift/en des/der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/-in)

Drucken

Ausfertigung 1 für Mitglied

SEPA-Lastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers:

Kneipp-Verein Bad Grönenbach

Anschrift des Zahlungsempfängers:

Obere Bergstraße 12
87787 Wolfertschwenden

Gläubiger-Identifikationsnummer:

Mandatsreferenz: ……

für Mitgliedschaft von: ……
Name des Mitglieds bzw. Hauptmitglieds (Vor- und Nachname)

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich/Wir ermächtige/n den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom oben genannten Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Zahlungsart: ☐ Wiederkehrende Zahlung ☐ Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen / Kontoinhaber/-in (Vor- und Nachname):

……

Bankverbindung des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/-in):

IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

BIC | | | | | | | | | | |
(Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt)

…… ……
Ort Datum (TT.MM.JJJJ)

……
Unterschrift/en des/der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/-in)

Ausfertigung 2 für Kneipp-Verein