SG SCHULZENDORF +++ SG SCHULZENDORF +++ SG SCHULZENDORF +++ SG SCHULZENDORF +++ SG SCHULZENDORF +++ SG SCHULZENDORF +++ SG
SCHULZENDORF +++ SG SCHULZENDORF +++ SG SCHULZENDORF +++ SG SCHULZENDORF +++ SG SCHULZENDORF +++ SG SCHULZENDORF +++ SG SCHULZENDORF
+++ SG SCHULZENDORF +++ SG SCHULZENDORF +++ SG SCHULZENDORF +++ SG SCHULZENDORF +++ SG SCHULZENDORF +++ SG SCHULZENDORF +++ SG

SEPA - Lastschriftmandat

SG Schulzendorf e.V.
August-Bebel-Straße 70 | 15732 Schulzendorf | Deutschland

Eindeutige Mandatsreferenz – (Wird vom Zahlungsempfänger ausgefüllt)

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): Straße und Hausnummer

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): PLZ und Ort

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): Land

IBAN des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

BIC des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den Zahlungsempfänger **SG Schulzendorf e.V.**, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
Zugleich weise ich unser (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der SG Schulzendorf e.V. auf unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort | Datum | Unterschrift des Zahlungspflichtigen / der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)