SEPA-Lastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers:

……..……...
Name des Kneipp-Vereins

Anschrift des Zahlungsempfängers:

……....
Straße und Hausnummer des Kneipp-Vereins

……..……...
PLZ und Ort des Kneipp-Vereins

Gläubiger-Identifikationsnummer: ……..……

Mandatsreferenz: ……..……

für Mitgliedschaft von: ……..…..
Name des Mitglieds bzw. Hauptmitglieds

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):

……..……...
Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/-in)

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)