SEPA-Lastschriftmandat

GEBRÜDER BUSCH KREIS

Name des Zahlungsempfängers:

Gebrüder-Busch-Kreis e. V.

Anschrift des Zahlungsempfängers:

Steiler Weg 2, 57271 Hilchenbach

Gläubiger-Identifizierungsnummer: **DE26ZZZ00001469245**

Mandatsreferenz: _____
(vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

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

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

Zahlungsart:
☐ Wiederkehrende Zahlung ☐ Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/-in):

_____

Bankverbindung des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/-in):

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

BIC | | | | | | | | | | |

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift