

SEPA-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

autismus Unterfranken e. V.
Hauptstrasse 97
97320 Mainstockheim

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

Mandatsreferenz

DE76ZZZ00001423725

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n),

[Name des Zahlungsempfängers]

autismus Unterfranken e. V.

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

autismus Unterfranken 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 meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

E-Mail-Adresse (falls vorhanden)

Kreditinstitut

BIC

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift

Ausfertigung für den Zahlungspflichtigen