

Volksbank Hamm Sieg eG

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)

Förderverein Miteinander-Füreinander e. V.
Kirchstraße 3
57612 Eichelhardt

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

DE37ZZZ00002376385

Mandatsreferenz

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

(Name des Zahlungsempfänger)

Förderverein Miteinander-Füreinander e.V.

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

(Name des Zahlungsempfänger)

Förderverein Miteinander-Füreinander 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)

X

Kreditinstitut

X

BIC¹

IBAN

X

X

Ort, Datum

Unterschrift

X

X

Hinweis: Ab 01.02.2016 kann auf die Angabe des BIC bei Zahlungen innerhalb der EU/EWR entfallen

Ausfertigung für den Zahlungsempfänger

Volksbank Hamm Sieg eG

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)

Förderverein Miteinander-Füreinander e. V.
Kirchstraße 3
57612 Eichelhardt

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

DE37ZZZ00002376385

Mandatsreferenz

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

(Name des Zahlungsempfänger)

Förderverein Miteinander-Füreinander e.V.

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

(Name des Zahlungsempfänger)

Förderverein Miteinander-Füreinander 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.

X

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

X

Kreditinstitut

X

BIC¹

IBAN

X

Ort, Datum

Unterschrift

X

X

¹ Hinweis: Ab 01.02.2016 kann auf die Angabe des BIC bei Zahlungen innerhalb der EU/EWR entfallen