

Krankenpflegeverein Dettenhausen e.V.  
Bismarckstraße 7  
72135 Dettenhausen



## SEPA-Basislastschriftmandat

**Mandatsreferenz/Mitgliedsnummer**

-----

**Bitte unbedingt ausfüllen!**

### Zahlungspflichtiger: (Kontoinhaber)

Name, Vorname/Firma:

Straße und Hausnummer:

PLZ und Ort: 72135 Dettenhausen

Kreditinstitut (Name): \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

IBAN: DE \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Nur auszufüllen, wenn abweichend von dem/der Zahlungspflichtigen:**

### Kontoinhaber/-in:

Ich/wir ermächtige(n) den Krankenpflegeverein Dettenhausen e.V., Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels SEPA-Basislastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom vom Krankenpflegeverein Dettenhausen e.V. auf mein/unser Konto gezogene(n) Lastschrift(en) 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.

Das Mandat erlischt automatisch 3 Jahre nach der zuletzt getätigten Lastschrift.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Datum)

Unterschrift/-en Kontoinhaber/-in

Gläubiger-Identifikationsnummer der Kran DE 04ZZZ00000000867

**Das Formular ist nur mit Datum und Originalunterschrift gültig.**

**Formulare, die in Kopie, per Fax oder per E-Mail eingereicht werden, sind ungültig.**