Blinden- und Sehbehindertenverein für das Saarland e.V.

SEPA - Lastschriftmandat

Gläubiger - Identifikationsnummer des Vereins **DE25ZZZ00000538160**

Mandats-Referenz (Mitgliedsnummer)

Ich ermächtige den Blinden- und Sehbehindertenverein für das Saarland e.V. von meinem Konto Zahlungen mittels Lastschrift einzuziehen.
Gleichzeitig weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Blinden- und Sehbehindertenverein für das Saarland e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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 Zahlungen

Vorname und Nachname (Kontoinhaber)

falls nicht Kontoinhaber, Name des Mitglieds

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Wohnort

IBAN

BIC

gewünschtes Einzugsintervall:

jährlich	(= voller Beitrag im April)
halbjährlich	(= halber Beitrag im April und Oktober)
vierteljährlich	(= viertel Beitrag jeweils im Januar, April, Juli und Oktober)

Ort

Datum

Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat Version 5.14