



# SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Bitte füllen Sie alle Felder aus.

Anrede (Herr,Frau)

---

Vorname

---

Nachname

---

Straße/Nr

---

Ort/PLZ

---

Telefon

---

E-Mail

---

Geburtstag

---

Name der Bank

---

IBAN

---

BIC (internationale BLZ)

---

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Verein für Homöopathie und Lebenspflege Gerstetten e.V.

Humboldtstraße 7, 89547 Gerstetten

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

DE43ZZZ00001228670

## SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/ wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Gläubiger) Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Gläubiger) auf mein/unser Konto gezogene 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.

**Anschliessend unterschreiben und an Ingrid Schabel weitergeben oder einscannen und per E-Mail an [ingrid-schabel@t-online.de](mailto:ingrid-schabel@t-online.de) senden.**

---

Datum

Unterschrift

---