



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 senden.

Datum

Unterschrift
