

SEPA-Lastschriftmandat

(SEPA Direct Debit Mandate)

für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/ for SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Frohnzimmer e.V.
Krefelder Straße 7
45145 Essen

Wiederkehrende Zahlungen/ Recurrent Payments

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/ Creditor Identifier)

DE82ZZZ00002842242

Mandatsreferenz

Mitgliedsbeitrag Frohnzimmer

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/ Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

Frohnzimmer e.V.

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

[Name des Zahlungsempfängers]

Frohnzimmer 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/ unseren Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Name, Vorname)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Kreditinstitut

BIC¹

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift(en)

¹Hinweis: Die Angabe des BIC kann bei Zahlungen innerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums entfallen

Ausfertigung für den Zahlungsempfänger

SEPA-Lastschriftmandat

(SEPA Direct Debit Mandate)

für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/ for SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Frohnzimmer e.V.
Krefelder Straße 7
45145 Essen

Wiederkehrende Zahlungen/ Recurrent Payments

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/ Creditor Identifier)

DE82ZZZ00002842242

Mandatsreferenz

Mitgliedsbeitrag Frohnzimmer

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/ Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

Frohnzimmer e.V.

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

[Name des Zahlungsempfängers]

Frohnzimmer 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/ unseren Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Name, Vorname)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Kreditinstitut

BIC¹

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift(en)

¹Hinweis: Die Angabe des BIC kann bei Zahlungen innerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums entfallen

Ausfertigung für den Zahlungspflichtigen