

SEPA-Lastschrift-Mandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/for SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

Ev. Kirchenpflege /Ev. Kindergarten Fantadu
Bartholomä
Wentalweg 17

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/ Credit Identifier)

Mandatsreferenz

Ich/Wir ermächtige(n) die/ das

(Name des Zahlungsempfängers)

Ev. Kirchenpflege /Ev. Kindergarten Fantadu

einmalig eine Zahlung X wiederkehrende Zahlungen

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

(Name des Zahlungsempfängers)

Ev. Kirchenpflege / Ev. Kindergarten Fantadu

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/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name des Kreditinstituts des Kontoinhabers	BIC
IBAN	
Kontoinhaber (Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	Zahlungspflichtiger (Name, Straße, Hausnummer PLZ, Ort) Bitte nur ausfüllen, wenn abweichend vom Kontoinhaber!
Ort, Datum Bartholomä, den	Unterschrift des Kontoinhabers

Ausfertigung für den Zahlungsempfänger

SEPA-Lastschrift-Mandat (SEPA Direct Debit Mandate)

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

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

Ev. Kirchenpflege /Ev. Kindergarten Fantadu
Bartholomä
Wentalweg 17

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/ Credit Identifier) Mandatsreferenz

Ich/Wir ermächtige(n) die/ das

(Name des Zahlungsempfängers)
Ev. Kirchenpflege / Ev. Kindergarten Fantadu

einmalig eine Zahlung wiederkehrende Zahlungen

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

(Name des Zahlungsempfängers)
Ev. Kirchenpflege / Ev. Kindergarten Fantadu

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/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name des Kreditinstituts des Kontoinhabers BIC
_ _ _ _ _ | _ _ _

IBAN
_ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ | _ _

Kontoinhaber (Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort) Zahlungspflichtiger (Name, Straße, Hausnummer PLZ, Ort)
Bitte nur ausfüllen, wenn abweichend vom Kontoinhaber!

Ort, Datum Unterschrift des Kontoinhabers