

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

DPSG Stamm Gandalf



Zahlungsempfänger

DPSG Stamm Gandalf
Sandstraße 20A
42655 Solingen

Kontoinhaber

Vor- und Nachname

Straße und Hausnummer

Gläubiger Identifikationsnummer

PLZ und Wohnort

Wird vom Kassenwart ausgefüllt:

Mitgliednummer

Mitgliedsname

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) Sie widerruflich, die von mir/uns entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit mittels Lastschrift von meinem/unserem Konto einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom

Name des Zahlungsempfängers (Gläubiger),

Straße,

PLZ/Ort

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber

Kreditinstitut

BIC

IBAN

Ort

Datum

Unterschrift(en) der/des Kontoinhabers

