



SEPA-Lastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers

FamilienZentrum Herrsching e.V.

Adresse des Zahlungsempfängers

Keramikstr. 5
82211Herrsching

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE 23 ZZZ 000 000 66 776

Mandatsreferenz _____

(vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger **FamilienZentrum Herrsching e.V.**, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Zahlungsempfänger **FamilienZentrum Herrsching e.V** auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name und BIC)

DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____
IBAN

Datum, Ort und Unterschrift des Zahlungspflichtigen