

Kunde: _____

Erteilung eines SEPA-Basis-Lastschriftmandats an die

Sozialzentrum Kirchheim gemeinnützige GmbH
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE73ZZZ00000146580
Mandatsreferenz: entnehmen Sie bitte der Abrechnung

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Sozialzentrum Kirchheim gemeinnützige GmbH, wiederkehrende und einmalige Zahlungen im Rahmen des Menüservices von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Sozialzentrum Kirchheim gemeinnützige GmbH 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. Als Mindestfrist für die Vorankündigung (Pre-Notification) einer SEPA-Basislastschrift wird ein Bankarbeitstag vereinbart.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name)

(Bankleitzahl)

(Kontonummer)

(BIC)

DE ____|____|____|____|____|____
(IBAN)

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers