

SEPA-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate) für SEPA_Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme
--

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Lebenshilfe Odenwaldkreis e.V.

Gläubigeridentifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

DE68LH000000446885

Mandatsreferenz

144

Ich/wir ermächtigen

[Name des Zahlungsempfängers] Lebenshilfe Odenwaldkreis e.V.
--

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

[Name des Zahlungsempfängers] Lebenshilfe Odenwaldkreis 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/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)
--

Kreditinstitut

BIC

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift
