



## **SEPA-Lastschriftmandat**

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen unten stehenden Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom unten stehenden Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Mandatsreferenz:**

\*) .....

\*) wird separat nachgereicht

**Zahlungsempfänger:**

**Bayerisches Rotes Kreuz** .....  
(BRK-Gliederung)

**Adresse des Zahlungsempfängers:**

.....  
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

**Gläubiger-Identifikationsnummer:**

.....  
Gläubiger-Identifikationsnummer des Zahlungsempfängers

**Name des Zahlungspflichtigen:**

.....  
Vorname und Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhabers)

**Anschrift des Zahlungspflichtigen:**

.....  
Straße und Hausnummer  
.....  
Postleitzahl und Ort

**Kreditinstitut:**

.....  
Name des Kreditinstituts des Zahlungspflichtigen (Kontoinhabers)

**IBAN:**

\_\_ | \_\_ | \_\_ | \_\_ | \_\_ | \_\_  
Internationale Bankkontonummer des Zahlungspflichtigen (Kontoinhabers)

**BIC/ Swift:**

\_\_\_\_\_  
Internationale Bankleitzahl

**Unterschriften:**

.....  
Datum, Ort und Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhabers)

Zusatzinformation:

Wenn Kontoinhaber abweichend vom Zahlungspflichtigen / Vertragspartner,  
gilt dieses SEPA-Lastschriftmandat für die Vereinbarung mit

.....  
Name und Vorname des Zahlungspflichtigen / Vertragspartners

\*) Zutreffendes bitte ankreuzen