

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