



SEPA-Basislastschriftmandat

Spielkreis Nieder-Olm e.V.
Pariser Str. 151
55268 Nieder-Olm

Ich/Wir ermächtige(n) den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von dem oben genannten Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE33ZZZ00001184909

Mandats-Referenz: _____

Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Deutschland

Land

Name des Kreditinstituts

BIC

IBAN

Ort Datum Unterschrift