



Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Wiederkehrende Zahlungen

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Lebenshilfe
Kreisvereinigung Mayen-Koblenz e.V.
Alte Hohl 24 a
56727 Mayen

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE23ZZZ00001126986

Name des Kontoinhabers

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Mandatsreferenz

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) die Lebenshilfe Kreisvereinigung Mayen-Koblenz e.V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Lebenshilfe Kreisvereinigung Mayen-Koblenz e.V. auf mein/unser 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.

Kreditinstitut

BIC

IBAN

D E

Ort, Datum

Unterschrift(en)