

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)**Mukoviszidose****Selbsthilfe Region Bremen e.V.**

Sabrina Maslonka

Wildrosenweg 5

27751 Delmenhorst

**Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments****Gläubiger-Identifikationsnummer
DE43ZZZ00001916594****Mandatsreferenz 2 0 1 6**

Ich/Wir ermächtige(n) die

Mukoviszidose Selbsthilfe Region Bremen e.V.

den jährlichen Mitgliedsbeitrag von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Erstmalig zum 15.03.____, danach jährlich zum 15.03.- .

Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von:

Mukoviszidose Selbsthilfe Region Bremen 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.

Vorname_____
Name

(Kontoinhaber*in /Zahlungspflichtige/r)

Beitragszahlungen für das Mitglied

Folgender Betrag ist als Lastschrift vorzunehmen:

Kreditinstitut

BIC:

IBAN

DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

Datum

Ort

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)