

# SEPA-Lastschriftmandat

für jährlich wiederkehrende Zahlungen des Beitrages bei der

**KG Stichelbach**



**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 41 ZZZ 00000570852**

Ich ermächtige die **KG Stichelbach**, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der **KG Stichelbach** auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

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

Name \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Kreditinstitut \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

Handynummer \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Mit der Unterschrift erkläre ich mich mit der Mitgliedschaft in der KG Stichelbach einverstanden.