

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen den 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: DE14__00000006604
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: DE __ | __ __ __ | __ __ __ | __ __ __ | __ __ __ | __ __
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