

**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