

Qualitätsmanagementhandbuch - Formblatt	
Fbl ZD FIN 001	SEPA Lastschriftmandat
Geltungsbereich	Diakonie Erzgebirge e.V.

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers
(Gläubigers)

Diakonie Erzgebirge e.V.
Hohe Straße 5
08280 Aue-Bad Schlema

☐ einmalige Zahlung

☒ wiederkehrende Zahlung

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE2803000000119066

Mandatsreferenz

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) den Diakonie Erzgebirge e. V., Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Diakonie Erzgebirge 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 Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname, Name)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Kreditinstitut

BIC

----------------------	----------------------

IBAN

----------------------	----------------------

Ort, Datum

Unterschrift/en Kontoinhaber/in bzw.
Bevollmächtigter