

# SEPA-Lastschriftmandat

**Name des Zahlungsempfängers**

Schaiblin-Hexa Stetten e.V.

**Anschrift des Zahlungsempfängers****Straße und Hausnummer**

Beethovenweg 9

**Postleitzahl und Ort**

72401 Stetten

**Gläubiger-Identifikationsnummer**

DE96 6416 3225 0381 8020 00

**Land**

Deutschland

**Mandatsreferenz = Mitgliedsnummer**

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger Schaiblin-Hexa Stetten e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Schaiblin-Hexa Stetten e.V. auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die in meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Zahlungsart**

Wiederkehrende Zahlung

**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)****Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)****Straße und Hausnummer****Postleitzahl und Ort****IBAN des Zahlungspflichtigen****BIC (8 oder 11 Stellen)**

Ort

Datum

**Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)**