

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: **Selbsthilfegruppe Blasenekstrophie /
Epispadie e.V.
Schachtstraße 18
01705 Freital**

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE87ZZZ00000947839**
Mandatsreferenz: **(wird separat mitgeteilt)**

Ich/Wir ermächtige(n) die Selbsthilfegruppe Blasenekstrophie / Epispadie e.V. den Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Selbsthilfegruppe Blasenekstrophie / Epispadie 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.

Zahlungsart: **Wiederkehrende Zahlung**

**Kontoinhaber
(Vor- und Nachname):**

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

Kreditinstitut:

BIC:

IBAN:

Ort:

Datum:

Unterschrift(en)
.....