

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

**Mukoviszidose Selbsthilfe Region
Bremen e.V.
Meyerholz 3

28832 Achim**

**Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments**

**Gläubiger-Identifikationsnummer
DE43ZZZ00001916594**

Mandatsreferenz 2 0 1 6

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) die

Mukoviszidose Selbsthilfe Region Bremen e.V.

den jährlichen Mitgliedsbeitrag von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Erstmalig zum 15.03.2017, danach jährlich zum 15.03.. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

Mukoviszidose Selbsthilfe Region Bremen 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 Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname

Name

Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger)

Beitragszahlungen für das Mitglied

Kreditinstitut

BIC:

IBAN

DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

Ort, Datum

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)