SEPA-Basislastschriftmandat

Zahlungsempfänger
Arbeitsgemeinschaft Reiten & Therapie e.V.
Brinkstr. 32
48619 Heek
Deutschland

Ich ermächtige / wir ermächtigen den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem Konto / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich / weisen wir mein / unser Kreditinstitut an, die von dem oben genannten Zahlungsempfänger 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.

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE86ZZZ00001127307**
Mandatsreferenz: **wird gesondert mitgeteilt (Mitgliedsnummer)**

Zahlungspflichtiger

_____
Name, Vorname

_____ _____
Straße PLZ, Ort

_____ _____
Geldinstitut BIC

|__|__| |__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|
IBAN

_____ _____ _____
Ort Datum Unterschrift