

SEPA-Lastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers

P L A Y G R O U N D S K A T E H A L L E A U R I C H E V

Anschrift des Zahlungsempfängers

F I N K E N B U R G W E G 9 A

Postleitzahl, Ort

2 6 6 0 3 A U R I C H

Gläubiger-Identifikationsnummer

D E 8 1 Z Z Z 0 0 0 0 9 3 4 6 5 8

Mandatsreferenz (Nur vom Verein auszufüllen)

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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.

*Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

*Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

*Postleitzahl und Ort

*Bank

*IBAN (max. 22 Stellen)

*BIC (max. 11 Stellen)

*Wiederkehrende Zahlung (bitte ankreuzen)

*= Pflichtangaben

Ort

Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Vielen Dank für die Anmeldung bei uns im Verein!