



# 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)

Ort

Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Vielen Dank für die Anmeldung bei uns im Verein!