

SEPA-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Hospiz Herborn-Dillenburg e.V.
Adlerstr. 7
35745 Herborn

Bankintern Nr. 26151500

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)
DE42ZZZ00001234508

Mandatsreferenz

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]
Hospiz Herborn-Dillenburg e.V.

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]
Hospiz Herborn-Dillenburg 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.

Kontoinhaber (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC¹

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift

¹ Hinweis: Ab 01.02.2016 kann die Angabe des BIC bei Zahlungen innerhalb EU/EWR entfallen.

Betrag bitte wie folgt abbuchen:

Betrag: _____ € monatlich am: _____

Betrag: _____ € vierteljährlich am: _____

Betrag: _____ € halbjährlich am: _____

Betrag: _____ € jährlich am: _____

Ausfertigung für den Zahlungsempfänger
Ausfertigung für den Zahlungspflichtigen