

# SEPA-Lastschrift-Mandat

Mandatsreferenz

Mitgliedsnummer:

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen den Schulverein Grundschule Glinde-Wiesefeld e.V. Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die von dem Schulverein Grundschule Glinde-Wiesefeld e.V. auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/ Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Bitte alle mit \* gekennzeichneten Felder ausfüllen.**

Name Zahlungsempfänger

Schulverein Grundschule Glinde-Wiesefeld e.V.

Name Zahlungsempfänger

DE81ZZZ00000942612

Gläubiger-Identifikationsnummer

Holstenkamp 29

Straße und Hausnummer

21509 Glinde

Postleitzahl und Ort

DE

Land

Name und Anschrift Zahler

\*

Name Zahler

\*

Straße und Hausnummer

\*

Postleitzahl und Ort

\*

Land

Bankverbindung

\*

IBAN

\*

SWIFT BIC

\*

Bankname

Höhe der Zahlung

\*

Zahlungsart

\*

Wiederkehrende jährliche Zahlung  oder Einmalige Zahlung

Ort und Datum

\*

Ort und Datum der Unterschrift/en des/r Zahler/s

Unterschrift(en)

\*

Hier unterschreiben