SFV Salzbergen 1929 e. V.

SEPA-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)



für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme Wiederkehrende Zahlungen / Recurrent Payments

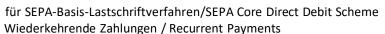
SFV Salzbergen 1929 e. V.		
Hinterdingstr. 14		
48499 Salzberg	e n	
Gläubiger-Identifikati	onsnummer (CI/Creditor Identifier)	Mandatsreferenz
DE 53 ZZZ 000 000 916	50	siehe Mitgliedsnummer
Ich/Wir ermächtige(n) den SFV Salzbergen 1929 e. V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.		
Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom SFV Salzbergen 1929 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 Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.		
Kontoinhaber		
Name:	Vorname:	
Straße:	Hausnummer:	
PLZ:	Ort:	
Kreditinstitut		
IBAN:	BIC:	
Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.		
Ort, Datum	<u>l</u>	Jnterschrift
Mitglied:		
Name:	Vorname:	

Unterschrift Mitglied

Mitgliedsnummer:

SFV Salzbergen 1929 e. V.

SEPA-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)





SFV Salzbergen 1929 e. V. Hinterdingstr. 14 48499 Salzbergen Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier) Mandatsreferenz DE 53 ZZZ 000 000 916 50 siehe Mitgliedsnummer Ich/Wir ermächtige(n) den SFV Salzbergen 1929 e. V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom SFV Salzbergen 1929 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 Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Kontoinhaber Name: Vorname: Straße: Hausnummer: PLZ: Ort: Kreditinstitut IBAN: BIC: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt. Unterschrift Ort, Datum Mitglied: Name: Vorname:

Ausfertigung für das Mitglied SFV/Formulare/2020

Mitgliedsnummer:

Unterschrift Mitglied