

SEPA-Lastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers:

Büdelisdorfer/Borgstedter Sterbegilde von 1840

Sportallee 8

24782 Büdelisdorf

IBAN : DE07214500000001000785

BIC : NOLADE21RDB

Gläubiger-Identifikationsnummer : DE31ZZZ00000739230

Mandatsreferenz :

Ich ermächtige / wir ermächtigen den Zahlungsempfänger „automatisierter Name Zahlungsempfänger von oben“ Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger „automatisierter Name Zahlungsempfänger von 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 Beitrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unsrem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name:

Vorname:

Adresse:

Ich zahle auch für folgende Mitglieder

Name: _____ Geb.: _____

Name: _____ Geb.: _____

Name: _____ Geb.: _____

Name: _____ Geb.: _____

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung zum 5.d.M.

Gewünschte Zahlung : ☐ Jährlich /Jan. ☐ Halbjährlich /Jan./Juli ☐ Vierteljährlich

Ab 20__ / 20__

Jan./April/Juli/Okt.

☐ Beitrag für 20__ einmalig am _____ von meinem Konto einziehen

☐ Beitrag für 20__ einmalig am _____ von meinem Konto einziehen

IBAN des Zahlungspflichtigen : _____

BIC des Zahlungspflichtigen : _____

Ort: _____

Datum : _____

Unterschrift Kontoinhaber:
