

SEPA-Lastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers:

Büdelisdorfer/Borgstedter Sterbegilde von 1840

Heimstraße 18

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:
