



SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Verband der Körperbehinderten der Stadt Dresden e. V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verband der Körperbehinderten der Stadt Dresden e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Verband der Körperbehinderten der Stadt Dresden e. V.
Strehleener Straße 24

01069 Dresden

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE43ZZZ00000876366

Ihre individuelle Mandatsreferenz wird Ihnen in einem separaten Schreiben mitgeteilt. Das Mandat gilt für den jährlichen Einzug des aktuell gültigen Mitgliedsbeitrags.

Angaben des Kontoinhabers

VORNAME _____

NAME _____

STRASSE _____ NUMMER _____

PLZ

0	0	0	0	0	0
---	---	---	---	---	---

 ORT _____

KREDITINSTITUT _____

BIC

0	0	0	0	D	E	0	0				
---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--

IBAN

D	E	0	0		0	0	0	0		0	0	0	0		0	0	0	0		0	0
---	---	---	---	--	---	---	---	---	--	---	---	---	---	--	---	---	---	---	--	---	---

DATUM

T	T		M	M		J	J	J	J
---	---	--	---	---	--	---	---	---	---

 ORT _____

UNTERSCHRIFT _____

Bei Antragstellern unter 16 Jahren Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten.

Wenn der oben genannte Kontoinhaber vom Mitglied abweicht, geben Sie bitte hier zusätzlich an, für welches Mitglied dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt:

VORNAME _____

NAME _____