

SEPA-Lastschriftmandat

1. Angaben Zahlungsempfänger:

Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft Landesverband Sachsen e.V.

Name

Fiedlerstraße 4, 01307 Dresden

Anschrift

DE 77 ZZZ 00000 374555

Gläubiger-Identifikationsnummer

2. Angaben Zahlungspflichtiger (Kontoinhaber):

Mitglied (Name, Vorname)

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

Name _____ Vorname _____
(Kontoinhaber)

Straße / Hausnr. _____ PLZ / Ort _____

IBAN _____ BIC _____

3. Erklärungen des Zahlungspflichtigen:

Ich ermächtige (Wir ermächtigen)

Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft Landesverband Sachsen e.V.

(Name des Zahlungsempfängers),

Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von

Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft Landesverband Sachsen e.V.

(Name des Zahlungsempfängers)

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.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung Einmalige Zahlung

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber