



SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Wiederkehrende Zahlung
Recurrent Payments

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers	Name und Anschrift des Mitglieds / Kontoinhabers
Schützenbruderschaft St. Ida Herzfeld e.V. St.-Ida-Str. 3 59510 Lippetal	<hr/> <hr/> <hr/>
Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier) DE82ZZZ00000338769	Mandatsreferenz (Mitgliedsnummer)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige Sie, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der

Schützenbruderschaft St. Ida Herzfeld e.V.

auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kreditinstitut	BIC
----------------	-----

IBAN	Prüfziffer	Bankleitzahl	Kontonummer
DE			

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------