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. Wöhrdestraße 19 59510 Lippetal	_____ _____ _____
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**