**SEPA – Lastschriftmandat**

Gläubiger – Identifikationsnummer des Vereins **DE25ZZZ00000538160**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

Mandats-Referenz (Mitgliedsnummer)

Ich ermächtige den Blinden- und Sehbehindertenverein für das Saarland e.V. von meinem Konto Zahlungen mittels Lastschrift einzuziehen.

Gleichzeitig weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Blinden- und Sehbehindertenverein für das Saarland e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschrift einzulösen.

**Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.**

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlungen

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vorname und Nachname (Kontoinhaber) |  | falls nicht Kontoinhaber, Name des Mitglieds |
|  |  |
| Straße und Hausnummer | Postleitzahl und Wohnort |
|  |  |
| IBAN |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| BIC |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| gewünschtes Einzugsintervall: |
|  |  | jährlich | (= voller Betrag im April) |
|  |  | halbjährlich | (= halber Betrag im April und Oktober) |
|  |  | vierteljährlich | (= viertel Betrag jeweils im Januar, April, Juli und Oktober) |
| Ort, Datum |  | Unterschrift |
|  |  |
|  |

SEPA-Lastschriftmandat Version 5.14