**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