Gemeinsam leben in Waltershofen e.V.

SEPA Basislastschriftverfahren

Name _____ Vorname _____

PLZ _____ Ort _____ Straße _____

Hiermit ermächtige ich Gemeinsam leben in Waltershofen e.V. für Zahlungen im Rahmen dessen Leistungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuzehen.

Meine Kontodaten:

BIC _ _ _ _ _ _ _ _ I _ _ _

IBAN DE _ _ I _ _ _ _ I _ _ _ _ I _ _ _ _ I _ _ _ _ I _ _ _ _ I _ _

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut verein-barten Bedingungen.

…… ……

(Ort, Datum) (Kunde/in / Betreuer / Bevollmächtigter)