

BEITRITTSERKLÄRUNG

zum Diakonieverein Königshofen e. V.

Name _____

Vorname _____

Straße _____

PLZ / Ort _____

Geburtstag _____

Telefon _____

Ort Datum Unterschrift

DATENSCHUTZ

Ich stimme zu, dass meine Daten unter Beachtung des Datenschutzes verarbeitet und gespeichert werden dürfen.

Ort Datum Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
Für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Zur bankinternen Bearbeitung/for internal use
Nr./No.

Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

--

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

Mandatsreferenz

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift