

SEPA-Lastschrift

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen unten stehenden Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom unten stehenden Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Mandatsreferenz:
 wird separat nachgereicht

Zahlungsempfänger: **Bayerisches Rotes Kreuz - Kreisverband Schwandorf**

Adresse des Zahlungsempfängers: Kopernikusstraße 5a, 92421 Schwandorf
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE1441000000006604
Gläubiger-Identifikationsnummer des Zahlungsempfängers

Name des Zahlungspflichtigen:
Vorname und Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Anschrift des Zahlungspflichtigen:
Straße und Hausnummer
.....
Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut:
(Name des Kreditinstituts des Zahlungspflichtigen (Kontoinhabers))

IBAN: DE __ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____
(Internationale Bankkontonummer des Zahlungspflichtigen (Kontoinhabers))

BIC/ Swift: _____
(Internationale Bankleitzahl)

Unterschriften:
Datum, Ort und Unterschrift des zahlungspflichtigen Personensorgeberechtigten (Kontoinhabers)