

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

In Würde alt werden e.V.

Hollerweg 20
57578 Elkenroth

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI)

DE11IWA00002327383

Mandatsreferenz: (wird noch mitgeteilt)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich (Wir) ermächtige(n) den Verein **In Würde alt werden e.V.** Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von Verein **In Würde alt werden e.V.** auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Wiederkehrende Zahlung _____ € / Monatl. Quart. Halbj. Jährlich / einmalige Zahlung _____ €

Kontoinhaber (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Geburtsdatum+, EMAIL+) += freiwillige Angabe:

Kreditinstitut:

IBAN:

BIC: (nur erforderlich wenn IBAN nicht mit DE beginnt):

Der Verwendung meiner persönlichen Daten nach der DS- GVO (Datenschutzgrundverordnung) stimme ich zu.

Ort, Datum:

Unterschrift:

Vom Kontoinhaber abweichendes Mitglied: Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Mitgliedschaft von:

Vorname und Name: