

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 (unser) Kreditinstitut an, die vom Verein **In Würde alt werden e.V.** auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. 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: **24,00€** jährlich = Jahresbeitrag; Einmalige Zahlung i.H.v. \_\_\_\_\_ € als Spende.

**Kontoinhaber/in** (Vorname, Name, Straße, Hausnr., PLZ, Ort, Geburtsdatum, EMAIL):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

**Kreditinstitut:** \_\_\_\_\_

**IBAN:** \_\_\_\_\_

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

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

**(Nur wenn zutreffend:** Von Kontoinhaber/in abweichendes Mitglied:

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Mitgliedschaft von:

Vorname und Name: \_\_\_\_\_ )

**Ort, Datum:** \_\_\_\_\_

## Unterschrift:

\_\_\_\_\_