Lebenshilfe
Frankfurt (Oder) e.V.
Hansastraße 3
15234 Frankfurt (Oder)

Gläubiger ID: DE52ZZZ00000401971

SEPA-Lastschriftmandat

Mandatsreferenz ***(wird von der Lebenshilfe e.V. ausgefüllt)***

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die Lebenshilfe Frankfurt (Oder) e.V., wiederkehrende Zahlungen mittels Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich / weisen wir mein / unser Kreditinstitut an, die von der Lebenshilfe Frankfurt (Oder) 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.

Kontoinhaber (Zahlungspflichtiger)

Name, Vorname: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Ort: _____

Kontoverbindung

IBAN

BIC [1]

[1] **Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.**

Wenn mein / unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Gebühren, die aufgrund von mir / uns verschuldeter Rückbuchungen gegenüber dem Kreditinstitut zu zahlen sind, gehen zu meinen / unseren Lasten.

Name, Vorname der betreuten Person
(z. B. des Kindes): _____

_____ _____
Ort , Datum (TT/MM/JJJJ) Unterschrift/en Kontoinhaber

Ausfertigung für den Zahlungsempfänger

Lebenshilfe
Frankfurt (Oder) e.V.
Hansastraße 3
15234 Frankfurt (Oder)

Gläubiger ID: DE52ZZZ00000401971

SEPA-Lastschriftmandat

***Mandatsreferenz** (wird von der Lebenshilfe e.V. ausgefüllt)*

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die Lebenshilfe Frankfurt (Oder) e.V., wiederkehrende Zahlungen mittels Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich / weisen wir mein / unser Kreditinstitut an, die von der Lebenshilfe Frankfurt (Oder) 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.

Kontoinhaber (Zahlungspflichtiger)

Name, Vorname: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Ort: _____

Kontoverbindung

IBAN

BIC [1]

[1] **Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.**

Wenn mein / unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Gebühren, die aufgrund von mir / uns verschuldeter Rückbuchungen gegenüber dem Kreditinstitut zu zahlen sind, gehen zu meinen / unseren Lasten.

Name, Vorname der betreuten Person
(z. B. des Kindes): _____

_____ _____
Ort , Datum (TT/MM/JJJJ) Unterschrift/en Kontoinhaber

Ausfertigung für den Zahlungspflichtigen