

## SEPA – Lastschriftmandat

für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Förderverein Mukoviszidose Wald e.V.  
Steinbichl 22  
87616 Wald

Wiederkehrende Zahlungen

Einmalige Zahlung

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE47ZZZ00002166685

Mandatsreferenz

02\_Mitgliedsbeitrag

Ich ermächtige den Förderverein Mukoviszidose Wald e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein Mukoviszidose Wald e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber (Vorname, Name)

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Land

IBAN

BIC

Ort und Datum

Unterschrift

## SEPA – Lastschriftmandat

für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Förderverein Mukoviszidose Wald e.V.  
Steinbichl 22  
87616 Wald

Wiederkehrende Zahlungen

Einmalige Zahlung

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE47ZZZ00002166685

Mandatsreferenz

02\_Mitgliedsbeitrag

Ich ermächtige den Förderverein Mukoviszidose Wald e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein Mukoviszidose Wald e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber (Vorname, Name)

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Land

IBAN

BIC

Ort und Datum

Unterschrift

## SEPA – Lastschriftmandat

für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Förderverein Mukoviszidose Wald e.V.  
Steinbichl 22  
87616 Wald

Wiederkehrende Zahlungen

Einmalige Zahlung

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE47ZZZ00002166685

Mandatsreferenz

02\_Mitgliedsbeitrag

Ich ermächtige den Förderverein Mukoviszidose Wald e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein Mukoviszidose Wald e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber (Vorname, Name)

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Land

IBAN

BIC

Ort und Datum

Unterschrift

## SEPA – Lastschriftmandat

für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Förderverein Mukoviszidose Wald e.V.  
Steinbichl 22  
87616 Wald

Wiederkehrende Zahlungen

Einmalige Zahlung

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE47ZZZ00002166685

Mandatsreferenz

02\_Mitgliedsbeitrag

Ich ermächtige den Förderverein Mukoviszidose Wald e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein Mukoviszidose Wald e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber (Vorname, Name)

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Land

IBAN

BIC

Ort und Datum

Unterschrift