



Beitrittserklärung und Einzugsermächtigung (SEPA-Lastschrift-Mandat)

Bitte Adresse vollständig ausfüllen:

Vorname, Name

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Geburtsdatum

E-Mail

Telefonnummer

SEPA-Lastschrift-Mandat

Gläubiger- ID

Mandatsreferenz_____

IBAN DE_____

BIC _____

Bankname _____

Ich ermächtige die Arbeitsgemeinschaft Brillenschaf e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise Ich mein Kreditinstitut an, die von der Arbeitsgemeinschaft Brillenschaf auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

Hinweis:

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Dabei gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort

Datum

Unterschrift