

SEPA-Lastschriftmandat für das SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Deutsche Klinefelter-Syndrom Vereinigung e.V.

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE97ZZZ00000297080**

An
DKSV e.V. -Schatzmeister-
Bernd Weißenstein
Mozartstraße 2
74193 Schwaigern

1. SEPA-Lastschriftmandat

Mandatsreferenz (=Mitgliedsnummer) : _____

Ich/Wir ermächtige(n) die **Deutsche Klinefelter-Syndrom Vereinigung e.V.**, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der **Deutschen Klinefelter-Syndrom Vereinigung 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.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlungen

2. Bankverbindung

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Name Kreditinstitut

IBAN DE __ | ____ | ____ | ____ | ____ | __ BIC _____

Ort, Datum und Unterschrift

3. Vom Kontoinhaber abweichendes beitragspflichtiges Mitglied

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Mitgliedschaft von

Vorname und Name