SEPA-Lastschriftmandat

Auf Augenhöhe e.V.
Rathausstr. 8 | 69181 Leimen | Deutschland

D	E	2	2	Z	Z	Z	0	0	0	0	2	0	7	0	5	2	3

Gläubiger-Identifikationsnummer

Zahlungsart (bitte ankreuzen):

☐ Wiederkehrende Zahlung

☐ Einmalige Zahlung

Eindeutige Mandatsreferenz – Wird vom Zahlungsempfänger ausgefüllt

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): Straße und Hausnummer

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): PLZ und Ort

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): Land

IBAN des Zahlungspflichtigen

BIC des Zahlungspflichtigen

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den Zahlungsempfänger **Auf Augenhöhe e.V.**, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von **Auf Augenhöhe e.V.** auf mein (unsere) 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.

_____, _____ _____

Ort Datum Unterschrift des Zahlungspflichtigen