

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige/wir ermächtigen unten stehenden Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir mein/ unser Kreditinstitut an, die vom untenstehenden Zahlungsempfänger auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsempfänger: Bayerisches Rotes Kreuz – Körperschaft des öffentlichen Rechts –
Kreisverband Augsburg-Land –
Gabelsbergerstr. 20 - 86199 Augsburg

Gläubiger-ID-Nr. DE14ZZZ00000006604 (des Zahlungsempfängers)

Name und Anschrift
des Zahlungspflichtigen

Name des Kreditinstitutes _____

IBAN DE -- / - - - - / - - - - / - - - - / - - - - / - -
Internationale Bankkontonummer des Zahlungspflichtigen(Kontoinhaber)

BIC/Swift _____
Internationale Bankleitzahl

Unterschrift _____
Kontoinhaber

Datum _____