

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Ich/Wir ermächtige(n) den ÖHHB e.V. Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom ÖHHB e.V. 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.

Ökumenisches Hospiz

Hausbetreuungsdienst Burscheid e.V.

Höhestraße 12, 51399 Burscheid

Gläubigeridentifikationsnummer:

DE76ZZZ0000278931

Mitgliedsbeitrag:

Euro

Erstmalig und in den Folgejahren jeweils im:

1. Quartal

(30. Januar)

2. Quartal

(30. April)

3. Quartal

(30. Juli)

4. Quartal

(30. Oktober)

Vor- und Nachname des Kontoinhabers

BIC des Kreditinstituts (8 oder 11 Stellen)

IBAN (Internationale Kontonummer, 22 Stellen)

Ort, Datum

Unterschrift