

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Ich ermächtige den ÖHHB e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom ÖHHB e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Ökumenisches Hospiz Hausbetreuungsdienst Burscheid e.V.

Hauptstraße 57, 51399 Burscheid
Gläubigeridentifikationsnummer:
DE76ZZZ00000278931

Mitgliedsbeitrag: Euro

Erstmalig und in den Folgejahren jeweils im:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Quartal
(30. Januar) | <input type="checkbox"/> 2. Quartal
(30. April) |
| <input type="checkbox"/> 3. Quartal
(30. Juli) | <input type="checkbox"/> 4. Quartal
(30. Oktober) |

hier bitte abtrennen

Vor- und Nachname des Kontoinhabers

BIC des Kreditinstituts (8 oder 11 Stellen)

IBAN (Internationale Kontonummer, 22 Stellen)

Ort, Datum

Unterschrift