



## SEPA-Lastschriftmandat

**Zahlungsempfänger:** Selbsthilfegruppe Blasenekstrophie / Epispadie e.V.  
Schulstr. 9  
86919 Utting am Ammersee

**Gläubiger-  
Identifikationsnummer:** DE87ZZZ00000947839

**Mandatsreferenz:** wird separat mitgeteilt

Ich/Wir ermächtige(n) die Selbsthilfegruppe Blasenekstrophie / Epispadie e.V. den Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Selbsthilfegruppe Blasenekstrophie / Epispadie 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 Zahlung

**Kontoinhaber  
(Vor- und Nachname):**

**Straße und Hausnummer:**

**Postleitzahl und Ort:**

**Kreditinstitut:**

**BIC:**

**IBAN:**

**Ort:** \_\_\_\_\_ **Datum:** : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en)