



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)