SEPA-Lastschriftmandat

Castle Divers e.V. _____
Name des Zahlungsempfängers

Schmiesheide 4, 59399 Olfen _____
Anschrift des Zahlungsempfängers (Straße, PLZ, Ort)

_____ _____
Gläubiger-Identifikationsnummer Mandatsreferenz

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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.

_____
Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

_____ _____
Straße PLZ, Ort

_____
Kreditinstitut

_____
BIC

_____
IBAN

_____
Datum, Ort, Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Castle Divers e. V.
1. Vorsitzender: Norbert Middelmann, Schmiesheide 4, 59399 Olfen; Tel.: 02595/971417
2. Vorsitzender: Robert Breuer Kassenwart: Thorsten Kussel Jugendwart: Jannick Gensicke