SEPA-Basislastschriftmandat

Zahlungsempfänger
ASB Küstenkinder gGmbH
Geschäftsstelle
Neue Dorfstraße 6,18196 Dummerstorf

Gläubiger-Identifikationsnummer: ***DE12ZZZ00000457302***
Mandatsreferenznummer: **(Kundennummer)0000001**

Ich/Wir ermächtige(n) den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von dem oben genannten Zahlungsempfänger 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 Kindes:

Einrichtung:

Essengeld / Getränkegeld

Kontoinhaber – Anschrift:

Kreditinstitut:

BIC:

IBAN: D E

Die Abbuchung des Essengeldes erfolgt jeweils zum **15.** des darauffolgenden Monats.

Wir ziehen mit einer SEPA-Lastschrift von der oben angegebenen Kontoverbindung zum vereinbarten Termin eines jeden Monats den Betrag ein. Zu beachten sind bis zu zwei Bankarbeitstage. Fällt der Belastungstag auf ein Wochenende oder einen Feiertag, verschiebt sich der Fälligkeitstag auf den folgenden Geschäftstag Ihres Kreditinstitutes.

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber