

# SEPA-MANDAT

zur Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

**gültig ab** \_\_\_\_\_

**[X]** für eine **MITGLIEDSCHAFT**

**Blinden- und Sehbehindertenverein Schleswig-Holstein e.V.**

Gläubiger-Identifikationsnummer DE85ZZZ00000079725

---

Vorname und Name **(Mitglied)**

*Wird gesondert mitgeteilt.*

Mandatsreferenznummer

---

Vorname und Name **(Kontoinhaber, falls abweichend)**

---

Straße und Hausnummer

---

Postleitzahl und Ort

## SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

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

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

---

Kreditinstitut des Kontoinhabers: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

IBAN: DE\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

---

Datum, Ort und Unterschrift des Kontoinhabers