



SEPA-MANDAT

zur Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

gültig ab _____

für eine MITGLIEDSCHAFT oder FÖRDERMITGLIEDSCHAFT

Blinden- und Sehbehindertenverein Schleswig-Holstein e.V.

Gläubiger-Identifikationsnummer DE85ZZZ00000079725

Vorname und Name **(Mitglied)**

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: _____

Datum, Ort und Unterschrift des Kontoinhabers