

SEPA-Lastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers

Ski- und Volleyballklub Blieskastel-Zweibrücken e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers**Straße und Hausnummer**

Homburger Straße 2d

Postleitzahl und Ort

66424 Zweibrücken

Land

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE11SVK00000135280

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

Wird mit separater Post mitgeteilt

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger **Ski- und Volleyballklub Blieskastel-Zweibrücken e.V.** Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Ski- und Volleyballklub Blieskastel-Zweibrücken 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

Es handelt sich um eine wiederkehrende Zahlung in Form des jährlichen Mitgliedsbeitrages.

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)****Straße und Hausnummer****Postleitzahl und Ort****Land****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen)****BIC (8 oder 11 Stellen)****Ort****Datum (TT.MM.JJJJ)****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)**

Hinweis: Meine / Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich / wir von meinem / unserem Kreditinstitut erhalten kann / können.