

SEPA-Basis-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
 für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

 DLRG Münster

 Lechtenbergweg 7a

 48165 Münster

**Wiederkehrende Zahlungen/
 Recurrent Payments**

 [Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]
 DE871320000168347

 [Mandatsreferenz]
 1320000

wird bevorzugt per E-Mail mitgeteilt da erst später ermittelt

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

 [Name des Zahlungsempfängers]
 DLRG Münster

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

 [Name des Zahlungsempfängers]
 DLRG Münster

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

[Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)]

[Kreditinstitut]

[BIC¹]

[IBAN]

¹ Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

[Ort, Datum]

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)

E-Mail Adresse

SEPA-Basis-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
 für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

DLRG Münster

Lechtenbergweg 7a

48165 Münster

**Wiederkehrende Zahlungen/
 Recurrent Payments**

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]

DE871320000168347

[Mandatsreferenz]

1320000

wird bevorzugt per E-Mail mitgeteilt da erst später ermittelt

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

DLRG Münster

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

DLRG Münster

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

[Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)]

[Kreditinstitut]

[BIC¹]

[IBAN]

¹ Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

[Ort, Datum]

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)

E-Mail Adresse