



ERTEILUNG EINES SEPA-LASTSCHRIFT-MANDATS

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Die Streichelbande e. V.
Christiane Vidacovich
Heilmaierstraße 7
81477 München
Steuernummer 143/213/10258

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE02ZZZ00000192478

SEPA Lastschriftmandat

Ich ermächtige „Die Streichelbande e. V.“ widerruflich, den von mir zu entrichtenden Jahresmitgliedsbeitrag in Höhe von (bitte ankreuzen bzw. ergänzen)

- | | | | |
|---|---|--|---|
| X | <input checked="" type="checkbox"/> 35,00 Euro
(aktive Mitgliedschaft oder Fördermitgliedschaft) | <input type="checkbox"/> 50,00 Euro
(Familien- oder Fördermitgliedschaft) | <input type="checkbox"/>Euro
(Fördermitgliedschaft) |
|---|---|--|---|

bei Fälligkeit von meinem nachstehend genannten Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein „Die Streichelbande e. V.“ auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Vor dem Einzug einer SEPA-Lastschrift werden Sie mich über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Wenn mein Girokonto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Meine Bankverbindung

- | | |
|---|--|
| X | IBAN (22stellig)
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| | BIC (8-11 Stellen)
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

Name und Anschrift des Kontoinhabers

- | | | |
|---|--|-------------------|
| X | Vorname
----- | Name
----- |
| | Straße, Hausnummer
----- | PLZ, Ort
----- |
| | Mandatsreferenz (Mitgliedsnummer – wird von der Streichelbande e. V. eingetragen)
----- | |

- | | |
|---|---|
| X | Ort, Datum und Unterschrift des Kontoinhabers
----- |
|---|---|

**Bitte vollständig ausgefüllt und unterschrieben schicken an:
Die Streichelbande e.V., Ilona Fischer (Kassenwart), Am Falchen 40a, 86983 Lechbruck**