

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

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

[Name des Zahlungsempfängers]
[Anschrift des Zahlungsempfängers]
[Postleitzahl und Ort des Zahlungsempfängers]

**Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments**

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)] DEDE97ZZZ00001366796	[Mandatsreferenz]
--	-------------------

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) die

[Name des Zahlungsempfängers] Kolpingkapelle Emmeln e.V.

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

[Name des Zahlungsempfängers] Kolpingkapelle Emmeln
--

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)
--------------	------------------------------------

Ausfertigung für den Zahlungsempfänger

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

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

[Name des Zahlungsempfängers]
[Anschrift des Zahlungsempfängers]
[Plz/Vorstadtgemeinde/Ort des Zahlungsempfängers]
[Landes-/Staatsangehörigkeit des Zahlungsempfängers]

**Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments**

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)] DEDE97ZZZ00001366796	[Mandatsreferenz]
--	-------------------

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) die

[Name des Zahlungsempfängers] Kolpingkapelle Emmeln e.V.

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

[Name des Zahlungsempfängers] Kolpingkapelle Emmeln
--

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)
--------------	------------------------------------