

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name, Vorname: _____

Mitgliedsnummer: _____

SEPA-Lastschriftmandat (Gläubiger-Identifikationsnummer DE9077700000052669)

Ich/wir ermächtige(n) Sie, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Lupus Erythematodes SHG 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.*

Kreditinstitut: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Erstmaliger Einzug/Datum: _____

Einzugsbetrag: _____

Derzeit gültiger Mitgliedsbeitrag: _____

Spende: _____

Datum / Unterschrift (bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigte)