SEPA Lastschriftmandat

An
KAB Deutschlands e.V.
Lorenz-Huber-Haus
Mitgliederservice
Pettenkoferstraße 8/III
80336 München

Fax 089/550 38 82

Zahlungsempfänger:
KAB Deutschlands e.V.,
Bernhard-Letterhaus-Str. 26, 50670 Köln

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE 63 ZMD 00069451

Mandatsreferenz _____
(vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

SEPA-Lastschriftmandat:

Hiermit ermächtigt der KAB Ortsverband……
den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die zu entrichtenden Jahres-Beiträge der Mitglieder ab bei Fälligkeit durch Lastschrift

☐ **jährlich** ☐ **halbjährlich** von meinem/unserem Konto einzuziehen.

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.

Die Zahlung erfolgt erstmals ab …… (Jahr des ersten Einzugs)
Zahlungen (Mitgliedsbeiträge) sind wiederkehrende Zahlungen und erfolgen dann jeweils am 1. März.

Zugleich weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Zahlungspflichtiger (Kontoinhaber)

Name

Strasse

PLZ Ort

Gliederungsnummer

BIC

IBAN des/der Zahlungspflichtigen

D E

Kreditinstitut:

Ort, Datum

Unterschrift(en) des/der Zahlungspflichtigen

Wenn unser/mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes (siehe oben) keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.
Die Mandatsreferenz entspricht der Gliederungsnummer des Ortsverband.