

Zahlungsempfänger:
Gläubiger-Identifikationsnummer:

Schulverband Unterpleichfeld Kirchstr. 14 97294 Unterpleichfeld
DE70ZZZ00000332583

FAD / Mandatsreferenz

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von dem Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweise:

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.

Meine/ Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich/ wir von meinem/ unserem Kreditinstitut erhalten kann/ können.

Name des Kontoinhabers

Name und Vorname

Anschrift des Kontoinhabers

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Kreditinstitut

Land

Konto

Name und Ort

BIC (Business Identifier Code)

Unterschrift(en)

IBAN (International Bank Account Number)

Ort

Datum

Unterschrift(en)

Mittagessen OGS

Bitte zurücksenden an:

Schulverband Unterpleichfeld
Kirchstr. 14
97294 Unterpleichfeld