

Mitgliedschaft im Wundnetz Mittelthüringen e.V.

ERTEILUNG EINER EINZUGSERMÄCHTIGUNG UND EINES SEPA-BASISLASTSCHRIFTMANDATS (KOMBIMANDAT)



Bitte ausgefüllt zurück an Zahlungsempfänger

Name und Adresse des Zahlungsempfängers

Gläubiger-Identifikationsnummer

Mandatsreferenz

1. Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige(n) ich/wir o. g.
Zahlungsempfänger widerruflich, die von mir/uns zu
entrichtenden Zahlungen wegen

Verpflichtungsgrund

bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres u. g. Kontos
einzuziehen

Name und Adresse des Zahlungspflichtigen

Kontonummer des/der Zahlungspflichtigen

BLZ des kontoführenden Kreditinstitutes

2. SEPA-Basislastschriftmandat

Hiermit ermächtige(n) ich/wir widerruflich o. g.
Zahlungsempfänger

einmalig

wiederkehrend

Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels
Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein
Kreditinstitut an die von o. g. Zahlungsempfänger auf
mein Konto gezogene(n) Lastschriften einzulösen.

Dieses Mandat ist gültig

betraglich unbegrenzt

bis zu einem Betrag in Höhe von

_____ Euro.

Hinweis:

Ich bin (wir sind) berechtigt von meinem kontoführen-
den Kreditinstitut eine Rückerstattung des eingezo-
genen Betrages innerhalb von 8 Wochen, beginnend
mit dem Tag, an dem mein (unser) Konto belastet
wurde, zu verlangen. Es gelten dabei die mit meinem
Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN des/der Zahlungspflichtigen

BIC des kontoführenden Kreditinstitutes

Kontoführendes Kreditinstitut

Ort, Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift Zahlungspflichtiger (ggf. Firmenstempel)

© Wundnetz Mittelthüringen e.V.

Tel. +49 (0) 3643 811 8020 Fax +49 (0) 3643 811 8021

info@wundnetz-mittelthueringen.de