

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Trägerverein Bibliothek Großauheim e.V. – Finanzverwaltung – Alte Langgasse 9 63457 Hanau

Wiederkehrende Zahlungen/ Recurrent Payments

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)] DE34ZZZ00001528853	[Mandatsreferenz]
---	-------------------

SEPA-Basis-Lastschriftmandat	Ausfertigung für den Zahlungsempfänger
-------------------------------------	---

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers] Trägerverein Bibliothek Großauheim e.V.

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

[Name des Zahlungsempfängers] Trägerverein Bibliothek Großauheim 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 Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC ¹	IBAN DE
------------------	-------------------

¹ Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

Ort, Datum	Unterschrift (Kontoinhaber/Zahlungspflichtiger)
------------	---

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Trägerverein Bibliothek Großauheim e.V. – Finanzverwaltung – Alte Langgasse 9 63457 Hanau

Wiederkehrende Zahlungen/ Recurrent Payments

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)] DE34ZZZ00001528853	[Mandatsreferenz]
---	-------------------

SEPA-Basis-Lastschriftmandat	Ausfertigung für den Zahlungspflichtigen
-------------------------------------	---

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers] Trägerverein Bibliothek Großauheim e.V.

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

[Name des Zahlungsempfängers] Trägerverein Bibliothek Großauheim 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 Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC ¹	IBAN DE
------------------	-------------------

¹ Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

Ort, Datum	Unterschrift (Kontoinhaber/Zahlungspflichtiger)
------------	---