

SEPA-Lastschriftmandat für jährlich wiederkehrende Zahlungen



[Defibrillator \(ICD\) Deutschland e.V.](#)

Geschäftsstelle

Matthias Kollmar

Richard-Wagner-Straße 29

69214 Eppelheim

[Gläubiger-Identifikationsnummer DE44BV100000274075](#)

Mandatsreferenz (wird Ihnen nach Eingang der Anmeldung mitgeteilt)

Ich ermächtige den Bundesverband [Defibrillator \(ICD\) Deutschland e.V.](#) Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Bundesverband [Defibrillator \(ICD\) Deutschland e. V.](#) auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen beginnend mit dem Belastungsdatum die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name, Vorname

Kontoinhaber

Ggf. Funktion

Straße, Nummer

PLZ Ort

Telefon

E-Mail

Kreditinstitut

IBAN

D	E																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(8 oder 11 Stellen)

Ort, Datum

Unterschrift