

SEPA-Lastschriftmandat

für Mitglied (Vorname, Name)

Geb.-Datum: _____

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI): DE31ZZZ00002356511

Ich ermächtige den **Hospizverein Polarstern Neuenhagen e.V.** den Mitgliedsbeitrag für das oben angeführte Mitglied, von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Hospizverein Polarstern Neuenhagen e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Der jährliche Mitgliedsbeitrag in Höhe von _____ ist jeweils am _____ (Tag+Monat) jährlich fällig.

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.

Kontoinhaber:

Straße/Anschrift:

PLZ und Ort:

Kreditinstitut:

BIC:

IBAN:

Ort und Datum:

Unterschrift Kontoinhaber: _____