

# SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

**Adipositas Verband Deutschland e.V., Peterstr. 39, 46236 Bottrop**

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

**DE14ZZZ00000029302**

Gläubiger-Identifikationsnummer

**Adipositas Verband Deutschland e.V.**

Eindeutige Mandatsreferenz – Wird vom Zahlungsempfänger ausgefüllt

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): Straße und Hausnummer

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): PLZ und Ort

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): Land

IBAN des Zahlungspflichtigen / debtor IBAN

BIC des Zahlungspflichtigen / debtor IBAN

Datum

Unterschrift

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

Hinweis: 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.