

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE91ZZZ00000386719

Mandatsreferenz: WIRD SEPERAT MITGETEILT

Ich ermächtige die Skizunft Bad Boll e. V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Skizunft Bad Boll 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: _____

Straße, Hausnr: _____

PLZ, Wohnort: _____

Konto -Nr.: _____

Bank: _____

BLZ: _____

IBAN: _____

BIC / SWIFT: _____

Angemeldete Teilnehmer:

Ort u. Datum

Unterschrift