

SEPA-Lastschrift

Anlage 1 zum Betreuungsvertrag

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen unten stehenden Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom unten stehenden Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Pk-Nummer: <i>wird vom BRK ausgefüllt</i>	x
Zahlungsempfänger:	Bayerisches Rotes Kreuz Kreisverband Freising
Adresse des Zahlungsempfängers:	Rotkreuzstraße 13-15, 85354 Freising
Gläubiger-Identifikationsnummer:	DE14ZZZ00000006604 Gläubiger-Identifikationsnummer des Zahlungsempfängers
Name des Zahlungspflichtigen: Vorname und Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)
Anschrift des Zahlungspflichtigen: Straße und Hausnummer Postleitzahl und Ort
Kreditinstitut Name des Kreditinstituts des Zahlungspflichtigen (Kontoinhabers)
IBAN:	DE _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Internationale Bankkontonummer des Zahlungspflichtigen (Kontoinhabers)
BIC/ Swift: Internationale Bankleitzahl
Unterschriften: Datum, Ort und Unterschrift des Zahlungspflichtigen/ Kontoinhabers
	<u>Zusatzinformation:</u> Wenn Kontoinhaber abweichend vom Zahlungspflichtigen/ Vertragspartner, gilt dieses SEPA-Lastschriftmandat für die Vereinbarung mit Name und Vorname des Zahlungspflichtigen / Vertragspartner

* Zutreffendes bitte ankreuzen