

Hilfe am Grabe Salchendorf
Dr. Michael Ebener
Am Hohen Rain 8
57290 Neunkirchen

Erteilung SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer DE88 ZZZO 0001 1890 79

Hiermit ermächtige ich die Notgemeinschaft Hilfe am Grabe Salchendorf, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem genannten Verein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kreditinstitut
Kontoinhaber
IBAN

Der Jahresbeitrag beträgt pro Person, die das 15. Lebensjahr überschritten hat 15,60€. Kinder vor der Vollendung des 15. Lebensjahres sind bei Mitgliedschaft der Eltern kostenlos mitversichert.

Beitrag insgesamt in €.....

Diese Ermächtigung gilt auch für die Beiträge meiner/folgender Familienangehörigen.

Name	Geburtsdatum
.....
.....
.....
.....

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.
Eine Änderung meiner Bankverbindung werde ich umgehend mitteilen.

Anschrift:

Name
Straße
Plz, Ort
Telefon
E-Mail

.....
Datum

.....
Unterschrift des Kontoinhabers