Schleswig-Holstein gGmbH

Sibeliusweg 4
24109 Kiel
Gläubiger-Identifikationsnummer DE06ZZZ00000158456
Mandatsreferenz _____

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die AWO Schleswig-Holstein gGmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der AWO Schleswig-Holstein gGmbH 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.

_____
Vorname und Name (Kontoinhaber)

_____
Straße und Hausnummer

_____
Postleitzahl und Ort

_____
Name des Kreditinstituts

IBAN

BIC

Gültig ab: ❒ sofort, oder, ab: _ _._ _._ _ _ _

_____
Datum, Ort und Unterschrift

Kostenübernahme von Rücklastschriften

Ich verpflichte mich, Kontoänderungen spätestens eine Woche vor Fälligkeit der nächsten Lastschrift der AWO bekannt zu geben.
Ich verpflichte mich weiterhin für ausreichende Deckung des oben angegebenen Kontos zu sorgen. Sollte die Lastschrift durch mein Verschulden (u.a.: siehe oben) nicht eingelöst werden, verpflichte ich mich der AWO die gesamten, von den Banken erhobenen Rücklastschriftgebühren zu ersetzen.

_____
Datum, Ort und Unterschrift

Nur zur AWO-Internen Bearbeitung:
Abweichender Vertragsnehmer (=Debitoren) Name: _____

Kommentar, z.B. Verwendungszweck: