

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Sozialverband VdK Rheinland-Pfalz e.V. widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit der Lastschrift von einem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Sozialverband VdK Rheinland-Pfalz e.V. 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. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Geldinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Anfallende Bankgebühren, die durch die Nicht-einlösung der Lastschrift entstehen, gehen zu meinen Lasten.

Konto-Inhaber:

Name, Vorname:

PLZ, Wohnort:

Straße/Haus-Nr.:

Telefon:

Mobil:

Bankverbindung:

Name Kreditinstitut:

IBAN: DE

BIC:

Zahlungsweise:

jährlich halbjährlich vierteljährlich monatlich

Abbuchungsbeginn:

Ort, Datum:

Unterschrift: