

# SEPA-Lastschriftmandat



Ich ermächtige die Initiativegruppe Gliedmaßenamputierter e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Initiativegruppe Gliedmaßenamputierter 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.

Mitgliedsnummer: -----  
(wird vom Verein vergeben)

-----  
Name/Vorname (Kontoinhaber):

-----  
Straße/Hausnummer und Postleitzahl/Ort

DE  
-----

Internationale Bankkontonummer – IBAN des Kontoinhabers

-----  
BIC Kreditinstitut

## Daten des Zahlungsempfängers

Initiativegruppe Gliedmaßenamputierter e.V. Breitenweg 37, 92277 Hohenburg  
Name/Anschrift

DE71 7606 9564 0000 8815 70  
Internationale Bankkontonummer – IBAN des Gläubigers

GENODEF1BTO Raiffeisenbank Burgthann-Oberferrieden  
BIC Kreditinstitut

-----  
Ort/Datum

-----  
Unterschrift