

SEPA-Lastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers:

Epilepsie Eltern Hilfe e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers:

Geschäftsstelle Maurergasse 6 55129 Mainz Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE35EEH00000394323

Mandatsreferenz (wird vom Zahlungsempfänger ausgefüllt):

EEH Jahresbeitrag

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger **Epilepsie Eltern Hilfe e.V.** Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Epilepsie Eltern Hilfe e.V.** auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Betrag: €

Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Straße/Hausnummer:

Postleitzahl/Ort:

Deutschland

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) – auf dem Kontoauszug zu erlesen:

BIC (8 oder 11 Stellen) – auf dem Kontoauszug zu erlesen:

Ort:

Datum:

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):