

## SEPA-Lastschriftmandat

**Name des Zahlungsempfängers:**

Epilepsie Eltern Hilfe e.V.

**Anschrift des Zahlungsempfängers:**

Geschäftsstelle      Maurergasse 6      55129 Mainz      Deutschland

**Gläubiger-Identifikationsnummer:**

DE35EEH00000394323

**Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):**

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 (inkl. Spende):**                      €

**Jahresbeitrag:**                              35,00 €

**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):**