

SEPA-Basis-Lastschriftmandat / SEPA Direct Debit Mandate

ERSTANMELDUNG

WIEDERANMELDUNG

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger) / *Creditor name and address*

<p>Sozialdienst Nachbarschaftshilfe Puchheim e.V.</p> <p>Aubinger Weg 10 82178 Puchheim</p>	<p><input type="radio"/> Materialgeld (Einmalige Zahlung November/ One-off payment)</p> <p><input type="radio"/> Verwaltungspauschale (Einmalige Zahlung November /One-off Payment: Zusatzangebot)</p> <p><input type="radio"/> Monatl. Kosten/Zusatzangebot Wiederkehrende Zahlung/ <i>Recurrent payment</i></p>
---	--

<p>[Gläubiger-Identifikationsnummer / <i>Creditor Identifier - CI</i>]</p> <p>DE03ZZZ00000433699</p>	<p>[Mandatsreferenz – vom Zahlungsempfänger auszufüllen / <i>Mandate reference – to be completed by the creditor</i>]</p>
---	---

SEPA-Basis-Lastschriftmandat / SEPA Direct Debit Mandate

Ich/Wir ermächtige(n) / *By signing this mandate form, you authorise*

[Name des Zahlungsempfängers / *Creditor name*]

Sozialdienst Nachbarschaftshilfe Puchheim e.V.

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von / *to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from*

[Name des Zahlungsempfängers / *Creditor name*]

Sozialdienst Nachbarschaftshilfe Puchheim 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 Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. /

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Kind/Kunde (Vorname, Name) / *Your child's name/client name*

Kontoinhaber/Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort) / *Your name and address/debtor(s) name and address*

Kreditinstitut / *Bank*

IBAN

DE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Ort, Datum / Location, Date	Unterschrift (Zahlungspflichtiger) / Please sign here