

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Wiederkehrende Zahlungen / Recurrent Payments

Spieler/Mitgliedsname _____

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

VfB Habinghorst 1920 e.V. Recklinghauser Str. 333 44579 Castrop-Rauxel
Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier) DE53ZZZ00001416767

Name und Anschrift des Kontoinhabers

Name	
Straße	Nr.
PLZ	Wohnort
Mandatsreferenz	

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) Sie, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrifteinzüge. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

Name des Zahlungsempfängers	VfB Habinghorst 1920 e.V.
-----------------------------	---------------------------

auf mein/unser Konto gezogene 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.

Kreditinstitut																	
BIC* (8-11stellig)																	*auch bei deutschen Konten zwingend erforderlich
IBAN	D	E															

Ort, Datum	Unterschrift
Castrop-Rauxel, 201.....	X