

ASV Großlittgen e.V.

Vor Birk 5
54534 Großlittgen



Datum : _____

SEPA Mandat

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den ASV Großlittgen e.V. Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich / Weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom ASV Großlittgen e.V. auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis : Ich kann / Wir können innerhalb 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Beitrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Der Jahresbeitrag wird jeweils im 1. Quartal des neuen Jahres eingezogen.

Alle Angaben sind Pflichtangaben :

Name des Zahlungspflichtigen :

Name, Vorname :

Adresse des Zahlungspflichtigen :

Straße :

Plz, Ort :

Bankverbindung :

IBAN (International Bank Account Number)

DE ____/____/____

BIC _____

Name des Zahlungsempfänger :

ASV Großlittgen e.V.

Vor Birk 5

54534 Großlittgen

Gläubiger ID :

DE89ZZZ00001077201

Zahlungsart :

Wiederkehrende Mitgliedsbeiträge

und 1 x Zahlungen (Aufnahme, Fehlstunden etc.)

Unterschrift