

SEPA-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/for SEPA Core Direct Debit Scheme

Zur bankinternen Bearbeitung/for internal use
Nr./No.

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

SoLaWi Südpfalz GbR
Jannik Scheerer
Axel Burkard
Josefshof 2
76857 Völkersweiler

**Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments**

Dieses SEPA- Lastschriftmandat gilt
ausschließlich für den Erntebeitrag!

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

DE06ZZZ00002885417

Mandatsreferenz

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) [Name des Zahlungsempfängers] SoLaWi Südpfalz GbR ,

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]
SoLaWi Südpfalz GbR

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.

Kontoinhaber (Vorname, Name)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Kreditinstitut

BIC¹

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift(en)

1 Hinweis: Die Angabe des BIC kann bei Zahlungen innerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums entfallen.

SEPA-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/for SEPA Core Direct Debit Scheme

Zur bankinternen Bearbeitung/for internal use
Nr./No.

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

SoLaWi Südpfalz GbR
Jannik Scheerer
Axel Burkard
Josefshof 2
76857 Völkersweiler

**Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments**

Dieses SEPA- Lastschriftmandat gilt
ausschließlich für den Erntebeitrag!

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

DE06ZZZ00002885417

Mandatsreferenz

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) [Name des Zahlungsempfängers] SoLaWi Südpfalz GbR ,

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]
SoLaWi Südpfalz GbR

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.

Kontoinhaber (Vorname, Name)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Kreditinstitut

BIC¹

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift(en)

1 Hinweis: Die Angabe des BIC kann bei Zahlungen innerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums entfallen.