



SEPA Lastschrift-Mandat für

Zahlungsempfänger: Evangelische Altenhilfe Wald gGmbH
Corinthstrasse 16-18
42719 Solingen

Gläubiger Identifikationsnummer: DE93ZZZ00000147384

Mandatsreferenz:

Zahlungsart : Wiederkehrende Zahlung
 Einmalige Zahlung

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Evangelischen Altenhilfe Wald gGmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Hiermit teilen wie Ihnen mit, dass zur Erleichterung des Zahlungsverkehrs die grundsätzlich 14-tägige Frist für die Information vor Einzug einer fälligen Zahlung bis auf einen Tag vor Belastung verkürzt werden kann

Name des Zahlungspflichtigen

Adresse des Zahlungspflichtigen

IBAN

BIC

Solingen, den _____

Unterschrift des Zahlungspflichtigen