Lastschriftmandat

Gläubiger-ID: DE29ZZZ00000180643

Holstenstr. 88 – 90
24103 Kiel

Tel: 0431 / 53 54 9-0
Fax: 0431 / 53 54 9-10

info@rlsh.de
www.rlsh.de

Mandatsreferenz: wird Ihre Mitgliedsnummer

Ich ermächtige / Wir ermächtigen* die Rheuma-Liga Schleswig-Holstein e.V., Zahlungen von meinem / unserem* Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich / weisen wir* unser Kreditinstitut an, die von der Rheuma-Liga Schleswig-Holstein e.V. auf mein / unser* Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Bankverbindung:

IBAN: DE12 2105 0170 0000 1207 09
BIC: NOLADE21KIE

Hinweis:
Ich kann / Wir können* innerhalb von acht Wochen beginnend mit dem Belastungsdatum die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die dabei mit meinem / unserem* Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

_____
Vorname und Name (Kontoinhaber)

_____
Straße und Hausnummer

_____
PLZ und Wohnort

_____
Kreditinstitut (Name)

__ __ __ __|__ __ __ __|__ __ __ __|__ __ __ __|__ __ __ __|__ __
IBAN

__ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __
BIC

_____
Ort, Datum

_____
Unterschrift(en) der / des Zahlungspflichtigen

***) Nichtzutreffendes bitte streichen!**