

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubigeridentifikationsnummer:

DE95ZZZ00001764241

Ich ermächtige den Sylter Hospizverein e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Sylter Hospizverein e.V. 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.

Zahlungspflichtiger:

Name

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Bankverbindung:

Kreditinstitut

BIC

IBAN

Ort und Datum

Unterschrift