

SEPA-Lastschriftmandat / SEPA Direct Debit Mandate

Sterbekasse des früheren Amtes Derne V.V.a.G.
Hostedder Str.15 | 44329 Dortmund | Deutschland

D E 4 3 Z Z Z 0 0 0 0 0 9 7 8 1 1 9

Gläubiger-Identifikationsnummer / creditor identifier

X

Zahlungsart:
Wiederkehrende Zahlung
type of payment:
recurrent payment

Zahlungsart:
Einmalige Zahlung
type of payment:
one-off payment

**Sterbekasse des früheren Amtes Derne
V.V.a.G.
Hostedder Str.15
44329 Dortmund
Deutschland**

S T K D -

Eindeutige Mandatsreferenz - Wird vom Zahlungsempfänger ausgefüllt / unique mandate reference - to be completed by the creditor

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / debtor name

Straße und Hausnummer / debtor street and number

PLZ und Ort / debtor postal code and city

Land / debtor country

IBAN des Zahlungspflichtigen / debtor IBAN

BIC des Zahlungspflichtigen / debtor SWIFT BIC

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den Zahlungsempfänger Sterbekasse des früheren Amtes Derne V.V.a.G., Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von Sterbekasse des früheren Amtes Derne V.V.a.G. auf mein (unsere) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Gewünschter Einzug:

jährlich
 halbjährlich

Gewünschte/r Monat/e: _____

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

Zur Information: Ihre Mitgliedsnummer ist gleichzeitig auch der zweite Teil Ihrer Mandatsnummer. Bitte ergänzen Sie das Mandatsfeld (erstes Feld) um Ihre Mitgliedsnummer. Falls diese Ihnen nicht bekannt ist, wird diese durch die Geschäftsstelle ergänzt.

Ort

Datum

Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)