KATHOLISCHE FRAUENGEMEINSCHAFT DEUTSCHLANDS

# **SEPA-Lastschriftmandat** (SEPA Direct Debit Mandate)

für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/for SEPA Core Direct Debit Scheme

Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments

**Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)/kfd-Gruppe**

Name der kfd-Gruppe

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

**Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)**

**Mandatsreferenz**

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) Name des Zahlungsempfängers/kfd-Gruppe _____ ,

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

Name des Zahlungsempfängers/kfd-Gruppe

_____

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/in (Vorname, Name des kfd-Mitglieds)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Kreditinstitut

IBAN

| Ort, Datum | Unterschrit(en) |
|---|---|
| | |

Hinweis:
Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

**Ausfertigung für die/den Zahlungsempfänger/in**

KATHOLISCHE FRAUENGEMEINSCHAFT DEUTSCHLANDS

# **SEPA-Lastschriftmandat** (SEPA Direct Debit Mandate)

für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/for SEPA Core Direct Debit Scheme

Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments

**Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)/kfd-Gruppe**

Name der kfd-Gruppe

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

**Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)**

**Mandatsreferenz**

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) Name des Zahlungsempfängers/kfd-Gruppe _____ ,

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

Name des Zahlungsempfängers/kfd-Gruppe

_____

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/in (Vorname, Name des kfd-Mitglieds)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Kreditinstitut

IBAN

| Ort, Datum | Unterschrit(en) |
|---|---|
| | |

Hinweis:
Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

**Ausfertigung für die/den Zahlungspflichtige/n**