

# SFV Salzbergen 1929 e. V.



**SEPA-Lastschriftmandat** (SEPA Direct Debit Mandate)  
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme  
Wiederkehrende Zahlungen / Recurrent Payments

SFV Salzbergen 1929 e. V.

Hinterdingstr. 14

48499 Salzbergen

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

**Mandatsreferenz**

DE 53 ZZZ 000 000 916 50

siehe Mitgliedsnummer

Ich/Wir ermächtige(n) den SFV Salzbergen 1929 e. V.  
Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom SFV Salzbergen 1929 e. V.  
auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

## Kontoinhaber

|         |             |
|---------|-------------|
| Name:   | Vorname:    |
| Straße: | Hausnummer: |
| PLZ:    | Ort:        |

## Kreditinstitut

|       |      |
|-------|------|
| IBAN: | BIC: |
|-------|------|

Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

## Mitglied:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_ Unterschrift Mitglied \_\_\_\_\_

# SFV Salzbergen 1929 e. V.



**SEPA-Lastschriftmandat** (SEPA Direct Debit Mandate)  
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme  
Wiederkehrende Zahlungen / Recurrent Payments

SFV Salzbergen 1929 e. V.

Hinterdingstr. 14

48499 Salzbergen

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

**Mandatsreferenz**

DE 53 ZZZ 000 000 916 50

siehe Mitgliedsnummer

Ich/Wir ermächtige(n) den SFV Salzbergen 1929 e. V.  
Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom SFV Salzbergen 1929 e. V.  
auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

## Kontoinhaber

|         |             |
|---------|-------------|
| Name:   | Vorname:    |
| Straße: | Hausnummer: |
| PLZ:    | Ort:        |

## Kreditinstitut

|       |      |
|-------|------|
| IBAN: | BIC: |
|-------|------|

Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

## Mitglied:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_ Unterschrift Mitglied \_\_\_\_\_