



SEPA-Lastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers: Verband privater Träger der freien Kinder-, Jugend- und Sozialhilfe Brandenburg e.V.
Anschrift: Geschwister-Scholl-Str. 83, 14471 Potsdam
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE45ZZZ00001296340
Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger „Verband privater Träger der freien Kinder-, Jugend- und Sozialhilfe Brandenburg e.V.“, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger " Verband privater Träger der freien Kinder-, Jugend- und Sozialhilfe Brandenburg 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.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Kontoinhaber/in: _____

IBAN: _____

BIC: _____

(Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt.)

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel