

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments:

Mitgliedsbeiträge

Zahlungsempfänger

| |
|------------------------|
| Autismus Chemnitz e.V. |
| Stadlerstraße 4 |
| 09126 Chemnitz |

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

Mandatsreferenz

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich/Wir ermächtige(n) Autismus Chemnitz e.V., Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

| | |
|------------------------------|------------------------|
| Name des Zahlungsempfängers: | Autismus Chemnitz 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 Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

| |
|--------------------|
| Name Kontoinhaber: |
| Straße / Nr.: |
| PLZ / Ort: |

| |
|----------------|
| Name der Bank: |
|----------------|

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| IBAN: | <table border="1"><tr><td>D</td><td>E</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | D | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| BIC: | <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|-------------|---------------|
| Ort, Datum: | Unterschrift: |
|-------------|---------------|