



SEPA-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Angelverein Jever e. V.
Fachwart Finanzen & Verwaltung
Jan Möller
Emil-Martsfeld-Str. 11

26419 Schortens

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

DE04ZZZ00000415154

Mandatsreferenz

Mitgliedsnummer (-01)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

Name des Zahlungsempfängers

Angelverein Jever e. V.

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

Name des Zahlungsempfängers

Angelverein Jever 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.

Kontoinhaber (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC¹⁾

IBAN

____|____|____|____|____|____

Ort, Datum

Unterschrift(en)

1) Hinweis: Ab 01.02.2016 kann die Angabe des BIC bei Zahlungen innerhalb EU/EWR entfallen.



SEPA-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Angelverein Jever e. V.
Fachwart Finanzen & Verwaltung
Jan Möller
Emil-Martsfeld-Str. 11

26419 Schortens

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

DE04ZZZ00000415154

Mandatsreferenz

Mitgliedsnummer (-01)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

Name des Zahlungsempfängers

Angelverein Jever e. V.

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

Name des Zahlungsempfängers

Angelverein Jever 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.

Kontoinhaber (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC¹⁾

IBAN

____|____|____|____|____|____

Ort, Datum

Unterschrift(en)

1) Hinweis: Ab 01.02.2016 kann die Angabe des BIC bei Zahlungen innerhalb EU/EWR entfallen.