

# Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats



An die  
DCG-Geschäftsführung  
Klaus Schmitz  
Brahmsstrasse 38  
32816 Schieder- Schwalenberg

## Daten des / der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Anrede:		Straße, Haus-Nr.*:	
Vorname(n)*:		PLZ, Wohnort*:	
Name*:		Land*:	
Geburtsdatum*:		DCG-Mitglieds-Nr.:	
Telefon-Nr.:		E-Mail-Adresse:	

Zahlungsempfänger	Deutsche Cichliden-Gesellschaft e. V., Heckenweg 18, D 32049 Herford
Gläubiger-Identifikationsnummer:	DE 49 ZZZ 000000 17420
Zahlungsart:	Wiederkehrende Zahlung

## Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

	(Als Mandatsreferenz werden die letzten 4 Stellen Ihrer DCG-Mitglieds-Nr. verwendet.)
--	---

## SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) die Deutsche Cichliden-Gesellschaft e. V., Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Deutschen Cichliden-Gesellschaft 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.

Name der Bank*:		Ort der Bank*:	
-----------------	--	----------------	--

Ihre IBAN-Nummer*:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
--------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

..... Ort und Datum	..... Unterschrift (en) des / der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)	<b>X</b>
------------------------	---	----------