

SEPA-Lastschrift-Mandat

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

**Arbeiterwohlfahrt
Kreisverband Forchheim e.V.**

Kasernstr. 7

91301 Forchheim

**Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments**

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]
DE 57 ZZZ 00000 15 6665

[Mandatsreferenz]

SEPA-Lastschrift-Mandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]
Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Forchheim e.V.

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

[Name des Zahlungsempfängers]
Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Forchheim e.V.

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Diese Ermächtigung gilt für Leistungen der Arbeiterwohlfahrt im Bereich:

Betreuung an Schulen - bitte Name u. Klasse des Kindes angeben!

Name der Schule: _____ **ab welchem Monat:** _____

Name des Kindes: _____

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 /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

IBAN: DE

Ort, Datum

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)