COMMERZBANK

SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basislastschriften

An*

Krebsgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e. V.
Am Vögenteich 26
18055 Rostock

oder per E-Mail: schroeder.kgmv@online.de

Gläubiger-Identifikationsnummer[1] (des Zahlungsempfängers)

DE78ZZZ00000707829

Mandatsreferenz (max. 35 Stellen)

☐ Mandat für einmalige Zahlung

☒ Mandat für wiederkehrende Zahlungen

Ich ermächtige / Wir ermächtigen Sie, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meinen / weisen wir unseren unten genannten Zahlungsdienstleister an, die von Ihnen 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 Zahlungsdienstleister vereinbarten Bedingungen.

Name des Zahlungsdienstleisters des Zahlers	BIC[2]
IBAN[3]	

Name und Anschrift des Zahlers / der Zahler

Unterschrift(en):

Ort, Datum

Unterschrift(en) des Zahlers / der Zahler

X

Raum für sonstige Angaben des Zahlers

* Name und Anschrift des Zahlungsempfängers
[1] Die Gläubiger-Identifikationsnummer für den Zahlungsempfänger wird für in Deutschland Ansässige von der Deutschen Bundesbank vergeben (siehe http://glaeubiger-id.bundesbank.de)
[2] Business Identifier Code (Bank-Identifizierungs-Code)
[3] International Bank Account Number (Internationale Bankkontonummer)

62/01/22 – HD1113

COMMERZBANK

SEPA-Lastschriftmandat
für SEPA-Basislastschriften

Kopie für den Zahler

An*

Krebsgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e. V.
Am Vögenteich 26
18055 Rostock

oder per E-Mail: schroeder.kgmv@online.de

Gläubiger-Identifikationsnummer[1] (des Zahlungsempfängers)

DE78ZZZ00000707829

Mandatsreferenz (max. 35 Stellen)

☐ Mandat für einmalige Zahlung

☒ Mandat für wiederkehrende Zahlungen

Ich ermächtige / Wir ermächtigen Sie, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meinen / weisen wir unseren unten genannten Zahlungsdienstleister an, die von Ihnen 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 Zahlungsdienstleister vereinbarten Bedingungen.

Name des Zahlungsdienstleisters des Zahlers	BIC[2]
IBAN[3]	

Name und Anschrift des Zahlers / der Zahler

Unterschrift(en):

Ort, Datum

Unterschrift(en) des Zahlers / der Zahler

X

Raum für sonstige Angaben des Zahlers

* Name und Anschrift des Zahlungsempfängers
[1] Die Gläubiger-Identifikationsnummer für den Zahlungsempfänger wird für in Deutschland Ansässige von der Deutschen Bundesbank vergeben (siehe http://glaeubiger-id.bundesbank.de)
[2] Business Identifier Code (Bank-Identifizierungs-Code)
[3] International Bank Account Number (Internationale Bankkontonummer)

62/01/22 – HD1113