



Gläubiger- Identifikationsnummer: DE84ZZZ00000920345

Mandatsreferenz: _____

SEPA- Lastschriftmandat

Ich/ Wir ermächtige(n) den Förderverein der Josef-Moufang-Schule Ober-Schmitten e.V., Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die von dem Förderverein der Josef-Moufang-Schule Ober-Schmitten 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.

Vorname und Name Kontoinhaber

Name des Kindes

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN

Datum, Ort und Unterschrift