

DKM DARLEHNSKASSE MÜNSTER EG

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

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)
Verband der Katholischen Gehörlosen
Deutschland e.V.
Mauritiusstraße 5
59320 Ennigerloh

**Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments**

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

DE87ZZZ00001896305

Mandatsreferenz

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) ,
Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels
Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n)
ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von auf
mein/unser Konto gezogenen Lastschriften
einzulösen.

Name des Zahlungsempfängers

Verband der Katholischen Gehörlosen
Deutschland e.V.
Mauritiusstraße 5
59320 Ennigerloh

[Name des Zahlungsempfängers]

Verband der Katholischen Gehörlosen Deutschland e.V.
Mauritiusstraße 5, 59320 Ennigerloh

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

BIC

IBAN

DE

Ort, Datum

Unterschrift(en)

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt in den Verband
(siehe Anschrift oben).
Die Mitgliedschaft kann nur schriftlich bis zum 31.10.
eines jedes Jahres beim Vorstand gekündigt werden.
Der Beitrag beträgt 5,00 € im Jahr;
(3,00 € Beitrag; 2,00 € Bankgebühren).



1 Hinweis: Die Angabe des BIC kann bei Zahlungen innerhalb EU/EWR entfallen.

Ausfertigung für den Zahlungsempfänger

DKM DARLEHNSKASSE MÜNSTER EG

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

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)
Verband der Katholischen Gehörlosen
Deutschland e.V.
Mauritiusstraße 5
59320 Ennigerloh

**Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments**

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)

DE87ZZZ00001896305

Mandatsreferenz

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) ,
Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels
Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n)
ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von auf
mein/unser Konto gezogenen Lastschriften
einzulösen.

[Name des Zahlungsempfängers]

Verband der Katholischen Gehörlosen
Deutschland e.V.
Mauritiusstraße 5
59320 Ennigerloh

[Name des Zahlungsempfängers]

Verband der Katholischen Gehörlosen Deutschland e.V.
Mauritiusstraße 5, 59320 Ennigerloh

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

BIC

IBAN

DE

Ort, Datum

Unterschrift(en)

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt in den Verband
(siehe Anschrift oben).
Die Mitgliedschaft kann nur schriftlich bis zum 31.10.
eines jedes Jahres beim Vorstand gekündigt werden.
Der Beitrag beträgt 5,00 € im Jahr;
(3,00 € Beitrag; 2,00 € Bankgebühren).



1 Hinweis: Die Angabe des BIC kann bei Zahlungen innerhalb EU/EWR entfallen.

Ausfertigung für den Zahlungspflichtigen