Für die SCHOLA MARIANA

Klasse:

SEPA-Lastschriftmandat

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:

Eltern- und Freundeskreis **SCHOLA MARIANA e. V.** Werl
Am Breilsgraben 2, 59457 Werl

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE35ZZZ00000817631

Mandatsreferenz:
Wird von Zahlungsempfänger ausgefüllt und erscheint auf dem Kontoauszug

Ich ermächtige die **SCHOLA MARIANA**, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der **SCHOLA MARIANA** auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

***Vorname** und **Nachname** (Kontoinhaber)*

_____

Straße** und **Hausnummer

_____

Postleitzahl** und **Ort

_____

IBAN

_____

BIC | ***Betrag*** *(mindestens 1,50 € pro Monat)*

_____

*Ort und Datum:*_____

*Unterschrift:*_____

Für den Kontoinhaber

Klasse:

SEPA-Lastschriftmandat

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:

Eltern- und Freundeskreis **SCHOLA MARIANA e. V.** Werl
Am Breilsgraben 2, 59457 Werl

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE35ZZZ00000817631

Mandatsreferenz:
Wird von Zahlungsempfänger ausgefüllt und erscheint auf dem Kontoauszug

Ich ermächtige die **SCHOLA MARIANA**, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der **SCHOLA MARIANA** auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

***Vorname** und **Nachname** (Kontoinhaber)*

_____

Straße** und **Hausnummer

_____

Postleitzahl** und **Ort

_____

IBAN

_____

BIC | ***Betrag*** *(mindestens 1,50 € pro Monat)*

_____

*Ort und Datum:*_____

*Unterschrift:*_____