

SEPA-Basis-Lastschriftmandat / SEPA Direct Debit Mandate

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger) / *Creditor name and address*

**Sozialdienst
Nachbarschaftshilfe Puchheim e.V.**

**Aubinger Weg 10
82178 Puchheim**

Einmalige Zahlung /
One-off payment

Wiederkehrende Zahlung /
Recurrent payment

[Gläubiger-Identifikationsnummer /
Creditor Identifier - CI]

DE03ZZZ00000433699

[Mandatsreferenz – vom Zahlungsempfänger auszufüllen /
Mandate reference – to be completed by the creditor]

SEPA-Basis-Lastschriftmandat / SEPA Direct Debit Mandate

Ich/Wir ermächtige(n) / *By signing this mandate form, you authorise*

[Name des Zahlungsempfängers / *Creditor name*]

Sozialdienst Nachbarschaftshilfe Puchheim e.V.

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von /
to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from

[Name des Zahlungsempfängers / *Creditor name*]

Sozialdienst Nachbarschaftshilfe Puchheim 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 Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. /
As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Kind/Kunde (Vorname, Name) / *Your child's name/client name*

Kontoinhaber/Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort) / *Your name and address/debtor(s) name and address*

Kreditinstitut / *Bank*

BIC

IBAN

DE

Ort, Datum / *Location, Date*

Unterschrift (Zahlungspflichtiger) / *Please sign here*