

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

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

 WBV Altenhof - Girkhausen
 Dörnschlader Weg 6

 57482 Wenden

**Wiederkehrende Zahlungen/
 Recurrent Payments**

 [Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]
 D E 0 4 Z Z Z 0 0 0 0 3 3 5 7 1 1

[Mandatsreferenz]

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

 [Name des Zahlungsempfängers]
 WBV Altenhof - Girkhausen

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

 [Name des Zahlungsempfängers]
 WBV Altenhof - Girkhausen

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.

[Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)]

[Kreditinstitut]

[BIC¹]

[IBAN]

¹ Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

[Ort, Datum]

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)

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

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

WBV Altenhof - Girkhausen
Dörnschlader Weg 6
57482 Wenden

**Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments**

| | |
|--|-------------------|
| [Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)] DE 0 4 Z Z Z 0 0 0 0 3 3 5 7 1 1 | [Mandatsreferenz] |
|--|-------------------|

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]
WBV Altenhof - Girkhausen

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]
WBV Altenhof - Girkhausen

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.

[Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)]

[Kreditinstitut]

| | |
|---------------------|--------|
| [BIC ¹] | [IBAN] |
|---------------------|--------|

¹ Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

| | |
|--------------|------------------------------------|
| [Ort, Datum] | Unterschrift (Zahlungspflichtiger) |
|--------------|------------------------------------|