

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

für die Elternbeiträge für das Kind _____ (Name, Vorname)

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

Evang. Kirchengemeinde
Kirchenplatz 2
72810 Gomaringen

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/ Credit Identifier)
DE 84 ZZZ 00000034444

Mandatsreferenz

Ich/Wir ermächtige(n) die

(Name des Zahlungsempfängers)
Evang. Kirchengemeinde Gomaringen

wiederkehrende Zahlungen

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

(Name des Zahlungsempfängers)
Evang. Kirchengemeinde Gomaringen

auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Die Elternbeiträge sind monatlich im Voraus zu entrichten.

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.

Name des Kreditinstituts des Kontoinhabers	BIC
	_____ _____
IBAN	
_____ _____ _____ _____ _____ ____	

Kontoinhaber (Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	Zahlungspflichtiger (Name, Straße, Hausnummer PLZ, Ort) Bitte nur ausfüllen, wenn abweichend vom Kontoinhaber!

Ort, Datum	Unterschrift des Kontoinhabers

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

für die Elternbeiträge für das Kind _____ (Name, Vorname)

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

Evang. Kirchengemeinde
Kirchenplatz 2
72810 Gomaringen

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/ Credit Identifier)
DE 84 ZZZ 00000034444

Mandatsreferenz

Ich/Wir ermächtige(n) die

(Name des Zahlungsempfängers)
Evang. Kirchengemeinde Gomaringen

wiederkehrende Zahlungen

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

(Name des Zahlungsempfängers)
Evang. Kirchengemeinde Gomaringen

auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Die Elternbeiträge sind monatlich im Voraus zu entrichten.

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.

Name des Kreditinstituts des Kontoinhabers	BIC
	_____ _____
IBAN	
_____ _____ _____ _____ _____ ____	

Kontoinhaber (Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	Zahlungspflichtiger (Name, Straße, Hausnummer PLZ, Ort) Bitte nur ausfüllen, wenn abweichend vom Kontoinhaber!

Ort, Datum	Unterschrift des Kontoinhabers

Ausfertigung für den Zahlungspflichtigen