

SSAV 1924 e.V., Bornhövedstr. 101, 19055 Schwerin

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 90 ZZZ 00000 265584

Mandatsreferenz: _____ (Mitgliedsnummer)* _____ (Mitgliedsname)

SEPA-Lastschriftmandat

(Für wiederkehrende Zahlungen)

Ich ermächtige den **SSAV 1924 e.V.**, Zahlungen mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem **SSAV 1924 e.V.** 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 Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name)

BIC:

IBAN:

Datum, Ort und Unterschrift

*Die Mitgliedsnummer wird vom Verein eingetragen