

Erteilung eines SEPA-Basis-Lastschriftmandats

**Per Post, per FAX an 04641/1290
oder als Scan per E-Mail an
info@wabov-daa.de**

WaBoV _____
(bitte zuständigen Verband ergänzen)
Team Allee 4-8
24392 Süderbrarup

Gläubiger-Identifikationsnummer DE _____ ZZZ00000 _____
(wird vom Verband ausgefüllt)

SEPA-Lastschriftmandat für Hebeliste Nr. _____ / Mandatsreferenz _____
(bitte Hebeliste Nr. ergänzen!) (wird vom Verband ausgefüllt)

Ich/wir ermächtige(n) den WaBoV der Angelner Auen, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom WaBoV _____ auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
(bitte zuständigen Verband ergänzen)

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.

Zahlungsart: ☐ Einmalige Zahlung ☒ Wiederkehrende Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Evtl. abweichender Kontoinhaber

Kreditinstitut

IBAN

DE _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _

Die Ermächtigung gilt ☐ AB SOFORT ☐ AB KOMMENDEM JAHR

Hiermit bestätige(n) ich/wir die vorgenannten Angaben und Daten und stimme dem Mandat zu.

Ort, Datum

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)