

artOthekeverein Münsterland e. V.

Lüdinghauser Straße 35
48249 Dülmen

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers: artOthekeverein Münsterland e. V.
Anschrift und Kontakt des Zahlungsempfängers:
Lüdinghauser Straße 35, 48249 Dülmen, Tel.: 02594/840-9440, info@artothek-muensterland.de

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE22ZZZ00001827053**
Mandatsreferenz: Mitgliedsbeitrag artOthekeverein Münsterland e. V.

Einzugsermächtigung: SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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: Wiederkehrende Zahlung

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Vorname: _____ Nachname: _____

Kunden-Nr.: (wird von uns ausgefüllt): _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Ort: _____ E-Mail: _____

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):

DE _____

BIC (8 oder 11 Stellen): _____ Kreditinstitut: _____

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):
