

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Mandatsreferenznummer: Wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den **DMB Hannover e.V.** widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden wiederkehrenden Zahlungen aus meiner / unserer Mitgliedschaft bei Fälligkeit durch Lastschriftzahlungen von meinem / unserem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom DMB Hannover e.V. 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.

Unter der Bezeichnung „wiederkehrende Zahlung“ zählen aus der Mitgliedschaft fällige Zahlungen wie z.B. Mitgliedsbeiträge, Rücklastgebühren, Einwohnermeldeamtkosten und ähnliche Fälligkeiten. Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass zur Erleichterung des Zahlungsverkehrs die grundsätzlich 14-tägige Frist für die Information vor Einzug einer fälligen Zahlung bis auf einen Tag vor Belastung verkürzt werden kann.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Kreditinstitut

Straße und Hausnummer (Kontoinhaber)

Postleitzahl und Ort (Kontoinhaber)

E-Mailadresse

IBAN: D E _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _

BIC: _ _ _ _ _ _ | _ _ _ _ (optional)

Sollte Ihr Kreditinstitut Ihre IBAN und BIC nicht auf Ihrer EC-Karte vermerkt haben, finden Sie diese auf Ihren Kontoauszügen.

Datum

Unterschrift /en