



Bitte ausdrucken und diese Ausfertigung unterschrieben im Original an die Mitgliederverwaltung des BSBD versenden!

BSBD Landesverband BW Mitgliederverwaltung, Sieben Morgen 6, 70439 Stuttgart

SEPA-Lastschriftmandat

zur Teilnahme am SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Wiederkehrende Zahlungen

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

BSBD Landeskasse BW
Kapellenweg 9
79232 March-Neuershausen

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE63BSA00000966410

Mandatsreferenz
Mitgliedsnummer:

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) den BSBD Landesverband Baden-Württemberg Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich mein/wir unser Kreditinstitut an, die vom BSBD Landesverband Baden-Württemberg 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.

| | |
|------------------------------|------------------|
| Kontoinhaber (Vorname, Name) | |
| Straße, Hausnummer | |
| PLZ, Ort | |
| Kreditinstitut | |
| BIC | |
| IBAN | |
| D E | |
| Ort, Datum | Unterschrift(en) |

Ausfertigung für den Zahlungsempfänger

SEPA-Lastschriftmandat

zur Teilnahme am SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Wiederkehrende Zahlungen

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

| |
|--|
| BSBD Landeskasse BW Kapellenweg 9 79232 March-Neuershausen |
|--|

| |
|--|
| Gläubiger-Identifikationsnummer DE63BSA00000966410 |
| Mandatsreferenz Mitgliedsnummer |

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) den BSBD Landesverband Baden-Württemberg Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich mein/wir unser Kreditinstitut an, die vom BSBD Landesverband Baden-Württemberg 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.

| | |
|--|------------------|
| Kontoinhaber (Vorname, Name) | |
| Straße, Hausnummer | |
| PLZ, Ort | |
| <small>BIC-Angabe kann entfallen, wenn IBAN mit DE beginnt</small> | |
| Kreditinstitut | BIC |
| IBAN | |
| D E | |
| Ort, Datum | Unterschrift(en) |

Ausfertigung für den Zahlungspflichtigen