



SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Ich ermächtige den Lachen hilft e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Lachen hilft 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.

Kontoinhaber*in: _____
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort: _____

Kreditinstitut _____
IBAN _____
BIC: _____

_____ Datum _____ Unterschrift

Vom Kontoinhaber abweichendes Mitglied

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Förder-/Mitgliedschaft von:

Vorname und Name: _____