

:

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE12ZZZ00002496339



Mandatsreferenznummer: _____ (wird von Alzheimer Gesellschaft Ostholstein e. V. vergeben)

SEPA-Lastschrift-Mandat

Ich ermächtige die Alzheimer Gesellschaft Ostholstein e. V./Selbsthilfe Demenz, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzulösen. Die Einlösung erfolgt zum 31.03. jeden Jahres.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Alzheimer Gesellschaft Ostholstein e. V./Selbsthilfe Demenz auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Mindestjahresbeitrag 36,00 EURO. Einen höheren Beitrag können Sie jederzeit bestimmen. Mein Jahresbeitrag beträgt _____ EURO.

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.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

IBAN: DE _____

BIC: _____

Einen Wechsel Ihrer Bankverbindung und/oder Anschrift teilen Sie uns bitte umgehend mit.
Vielen Dank!

Datum und Ort

Unterschrift

Postanschrift:
Voßplatz 5
23701 Eutin
Tel.: 0177-9655184
Email: info@alzheimer-ostholstein.de

VR 4562 HL

Konto:
Sparkasse Holstein
IBAN: DE84 2135 2240 0179 2673 49
BIC: NOLADE21HOL