

:

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