

Autismus-bedürfnisorientiert e.V.

Joh. Flintrop Str. 53

40822 Mettmann

Kontaktdaten Antragende*r:

Gläubiger-Identifikationsnummer

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige den Verein Autismus-bedürfnisorientiert e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift zum angegebenen Fälligkeitsdatum einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die Autismus-bedürfnisorientiert e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber:

Kreditinstitut:

Iban:

Ort und Datum, sowie Unterschrift