



SEPA – Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger:	
Name	WIR für Artern e. V.
Anschrift des Zahlungsempfängers	Weide 24 D 06556 Artern
Gläubiger-Identifikationsnummer	DE37ZZZ00002166186
Mandatsreferenz <small>(vom Zahlungsempfänger auszufüllen)</small>	

Ich ermächtige **WIR für Artern e.V.**, Mitgliedsbeiträge von meinem Konto mittels SEPA Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von oben genannten Zahlungsempfänger 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.

Zahlungsart:	
<input type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung	<input type="checkbox"/> Einmaliger Einzug
<input type="checkbox"/> Jahresbeitrag zum 30.03. des lfd. Jahres	
<input type="checkbox"/> Einmaliger Einzug des Jahresbeitrages und der Aufnahmegebühr im Aufnahmejahr	
Verwendungszweck: <small>(Namen der Mitglieder (Angehörige, Kinder) für die Beitrag eingezogen werden soll)</small>	
Kontoinhaber (Zahlungspflichtiger):	
Name des Zahlungspflichtigen	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Kreditinstitut (Name)	
IBAN	
BIC	
Mitglieds-Nr. <small>(sofern diese bereits vorliegt)</small>	

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen die Erziehungsberechtigten)