

## SEPA-Lastschriftmandat

### Angaben Zahlungsempfänger:

Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft Landesverband Thüringen e.V.

Name

Moskauer Platz 15, 99091 Erfurt

Anschrift

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE50 8305 0303 0000 0202 30

### **Ermächtigung zum Einzug des Mitgliedsbeitrages durch Lastschriften:**

Hiermit erkläre ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtende Zahlung des Mitgliedsbeitrages bei Fälligkeit zu Lasten meines Girokontos durch Lastschrift für das laufende Kalenderjahr einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Geldinstitut an, die von der

Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft, Landesverband Thüringen e.V.

Name des Zahlungsempfängers

auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

#### **Mitglied**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
(Kontoinhaber)

Straße \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_  
(genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstitutes)

Kosten der Nichteinlösung von Lastschriften gehen zu meinen Lasten.

Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Geldinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung.

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers