

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers (Gläubiger)	Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments Name des Zahlungspflichtigen
Landesnetz der Stiftungen in Mecklenburg-Vorpommern e. V. Schliemannstraße 2 19055 Schwerin	
Gläubigeridentifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)	Mandatsreferenz [wird vom Zahlungsempfänger vergeben]

Ich ermächtige/Wir ermächtigen Sie hiermit, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von Ihnen auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Vorname Nachname Organisation

Kontoinhaber:

IBAN:

BIC:

genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstituts

Bank:

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 Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort, Datum: _____

Unterschrift(en): _____