

Volksbank eG, 36355 Grebenhain

SEPA-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate) für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme	Zur bankinternen Bearbeitung/for internal use Nr./No.
--	--

Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Dorfladen Crainfeld eG An der Cent 2 36355 Grebenhain

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier) DE71ZZZ00002532040	Mandatsreferenz
--	-----------------

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

(Name des Zahlungsempfängers)

Dorfladen Crainfeld eG

Zahlungen von meinem/unsere(m) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unsere(m) Kreditinstitut an, die von

(Name des Zahlungsempfängers)

Dorfladen Crainfeld eG

auf mein/unsere(m) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift

1 Hinweis: Ab 01.02.2016 kann die Angabe des BIC bei Zahlungen innerhalb EU/EWR entfallen.



Volksbank eG, 36355 Grebenhain

SEPA-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate) für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme	Zur bankinternen Bearbeitung/for internal use Nr./No.
--	--

Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Dorfladen Crainfeld eG An der Cent 2 36355 Grebenhain

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier) DE71ZZZ00002532040	Mandatsreferenz
--	-----------------

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

(Name des Zahlungsempfängers)

Dorfladen Crainfeld eG

Zahlungen von meinem/unsere(m) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unsere(m) Kreditinstitut an, die von

(Name des Zahlungsempfängers)

Dorfladen Crainfeld eG

auf mein/unsere(m) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut
BIC
IBAN

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

1 Hinweis: Ab 01.02.2016 kann die Angabe des BIC bei Zahlungen innerhalb EU/EWR entfallen.