

SEPA-Lastschriftmandat

Mandatsreferenz:SEPA-KL-Ihre Mitgliedsnummer
Gläubiger-Identifikationsnummer DE70ZZZ00000159244

Ich ermächtige den Kleinen Lichtblick.eV., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Kleinen Lichtblick e.V. 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.

ggf. Firma

Vorname und Name
(Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut Name

Kreditinstitut BIC

IBAN

Datum, Vorname + Name



Kleiner Lichtblick e.V.
Kay Stade, 1. Vorsitzender
Schulstraße 33
24222 Schwentinental
info@kleiner-lichtblick.de
Förde Sparkasse
IBAN: DE53 2105 0170 1400 0383 27
SWIFT-BIC:NOLADE21KIE