

# SEPA-Lastschriftmandat / SEPA Direct Debit Mandate

Katholische Frauengemeinschaft

Ludgerusstr. 35 | 46514 Schermbeck | Deutschland

**D E 2 9 Z Z Z 0 0 0 0 1 9 5 9 3 3 2**

Gläubiger-Identifikationsnummer / creditor identifier

**X**

Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung

type of payment:

recurrent payment

Zahlungsart:

Einmalige Zahlung

type of payment:

one-off payment

**Katholische Frauengemeinschaft  
Ludgerusstr. 35  
46514 Schermbeck  
Deutschland**

**J a h r e s b e i t r a g - k f d**

Eindeutige Mandatsreferenz - Wird vom Zahlungsempfänger ausgefüllt / unique mandate reference - to be completed by the creditor

\_\_\_\_\_

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / debtor name

\_\_\_\_\_

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): Straße und Hausnummer / debtor street and number

\_\_\_\_\_

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): PLZ und Ort / debtor postal code and city

\_\_\_\_\_

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): Land / debtor country

\_\_\_\_\_

IBAN des Zahlungspflichtigen / debtor IBAN

\_\_\_\_\_

BIC des Zahlungspflichtigen / debtor SWIFT BIC

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den Zahlungsempfänger Katholische Frauengemeinschaft, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von Katholische Frauengemeinschaft auf mein (unsere) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

By signing this mandate form, I (we) authorise the creditor Katholische Frauengemeinschaft to send instructions to my (our) bank to debit my (our) account and my (our) bank to debit my (our) account in accordance with the instructions from the creditor Katholische Frauengemeinschaft.

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.

Note: I can (we can), within eight weeks, starting with the date of the debit request, demand a refund of the amount charged. The terms and conditions agreed upon with my (our) financial institution apply.

Ort / location

Datum / date

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / signature(s) of the debtor

Informationen zu SEPA-Mandaten: [www.sepa-mandat.de](http://www.sepa-mandat.de) / informations about sepa-mandate: [www.sepa-mandate.de](http://www.sepa-mandate.de)

Verantwortlich für die Verwendung dieses Formulars ist ausschließlich der Zahlungsempfänger Katholische Frauengemeinschaft, 46514 Schermbeck