

Name des Schülers/der Schülerin:



ANLAGE 2: Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE50ZZZ00000008769

Mandatsreferenz: _____

(ist in der Einrichtung zu erfragen oder dem Kontoauszug zu entnehmen)

Name der Einrichtung: _____

Betreuungsvertrag vom: _____

Mandat für wiederkehrende Zahlungen

Name und Vorname des/der Kontoinhaber/Inhaberin

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/wir ermächtigen die Geschwister-Gummi Stiftung, Zahlungen mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Geschwister-Gummi Stiftung auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN: DE __/___/___/___/___/___

Ort, Datum

Unterschriften der /des Kontoinhabers/Inhaberin