

SEPA-Lastschriftmandat

Nachname, Vorname des Kindes

Geburtsdatum

Gläubiger-ID Schulverband Oberscheckenbach: DE67 7260 0000 2634 76

Mandatsreferenz/Mitgliedsnummer: _____

Hiermit ermächtige ich den Schulverband Oberscheckenbach von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelte dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber

Anschrift

Bankverbindung / IBAN

Bankverbindung / BIC

....., den.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift des Kontoinhabers

Diese Ermächtigung gilt bis auf Widerruf!

Nur auszufüllen für die Betreuung bis 14.00 Uhr bzw. 15.30 Uhr (Mittagessen)