

SEPA-Lastschriftmandat
SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

HOSPIZ e. V. Region Mayen

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address:

Straße und Hausnummer / Street name and number

Siegfriedstraße 20

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

56727 Mayen

Land /Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE17ZZZ00000164078

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)/ Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Fälligkeitsdatum: _____

Zahlungsart / Type of payment:



Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment



Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address:

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postale code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBan of the debtor (max. 35 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

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