
Name des Mitgliedes

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Alt-Louisenlunder Bund e.V.
Louisenlund 9
24357 Güby

Bitte vollständig ausgefüllt und unterzeichnet
urschriftlich / als Original an den ALB senden – danke!!!

SEPA-Lastschriftmandat

*Gläubiger-Identifikationsnummer: DE35ALB00000035908,
Mandatsreferenz: wird nachgereicht*

Ich ermächtige den Alt-Louisenlunder Bund e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Alt-Louisenlunder Bund 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.

.....
Kontoinhaber (Vor- und Zuname)

.....
Anschrift (wenn anders als oben)

DE
IBAN

.....
BIC

.....
Bankname (genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstitutes)

Wenn das o.g. Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, übernehme ich die entstandenen zusätzlichen Buchungskosten.

Ort, Datum

Unterschrift