

Vorname Name
Straße HNr.
PLZ Wohnort

Fördermitgliedschaft Nr.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den DRF e.V., Zahlungen von meinem (unserem) Konto bei Fälligkeit mittels Lastschrift widerruflich einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die vom DRF e.V. auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis:

Ich kann (Wir können) innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Die Vorabinformation vor dem ersten SEPA-Lastschrifteinzug erfolgt 5 Tage vor Fälligkeit.

Mandatsreferenz:

Wird separat zu einem späteren Zeitpunkt mitgeteilt.
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE88 DRF0 0000 0980 04

Kreditinstitut des Zahlers:

.....

DE

BIC

.....
Datum und Unterschrift Kontoinhaber