

SCHULVERBAND WALDASCHAFF

| | |
|-------------|--|
| Name | |
| Vorname | |
| Straße/HsNr | |
| PLZ | |
| Ort | |
| Telefon | |
| eMail | |
| PK-Nr. | |

| | |
|------------------------------|--|
| Zahlungsempfänger | |
| Gläubiger-Identifikationsnr. | |
| Mandatsreferenz | |

SEPA-Lastschriftmandat

Das Mandat ist für folgende Leistung gültig:

| | |
|-----------------|--|
| Name des Kindes | |
|-----------------|--|

Wählen Sie bitte die Tage aus, an denen Ihr Kind zum Essen kommt.

Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag

| | |
|----------------|--|
| Zahlungsbeginn | |
|----------------|--|

meine Bankverbindung

| | | | |
|--------------|--|------|--|
| Geldinstitut | | | |
| BIC | | IBAN | |
| Kontoinhaber | | | |
| Ort | | | |
| Datum | | | |

Unterschrift des zeichnungsberechtigten Kontoinhabers

Bitte sorgen Sie dafür, dass Ihr Konto für die einzuziehenden Beträge die erforderliche Deckung aufweist, andernfalls ist das kontoführende Geldinstitut nicht verpflichtet, dem Abbuchungsauftrag zu entsprechen. Durch die Rückgabe von Lastschriften entstehen Kosten.

Bitte teilen Sie uns jede Änderung Ihrer Bankverbindung bzw. Adresse mit.