

**SEPA-Lastschriftmandat** (SEPA Direct Debit Mandate)  
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/for SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

*Wiederkehrende Zahlungen/  
Recurrent Payments*

|  |
|--|
| Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier) |
| Mandatsreferenz  |

**SEPA-Lastschriftmandat**

Ich/Wir ermächtige(n) ,

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

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.

|                              |                  |
|------------------------------|------------------|
| Kontoinhaber (Vorname, Name) |                  |
| Straße, Hausnummer           |                  |
| PLZ, Ort                     |                  |
| Kreditinstitut               | BIC <sup>1</sup> |
| IBAN<br>D E                  |                  |
| Ort, Datum                   | Unterschrift(en) |

Dieses Lastschriftmandat gilt ab        /        bis auf Widerruf  
für den Jahresbeitrag von 16 € für Passive Mitglieder

Name :  
Vorname  
geboren am:  
Telefon:  
|

Der Jahresbeitrag wird jährlich im letzten Monat des jeweiligen Jahres abgebucht.



<sup>1</sup> Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

**SEPA-Lastschriftmandat** (SEPA Direct Debit Mandate)  
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/for SEPA Core Direct Debit Scheme

*Wiederkehrende Zahlungen/  
Recurrent Payments*

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

|  |
|--|
| Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier) |
| Mandatsreferenz  |

**SEPA-Lastschriftmandat**

Ich/Wir ermächtige(n) ,  
Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

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.

|                              |                  |
|------------------------------|------------------|
| Kontoinhaber (Vorname, Name) |                  |
| Straße, Hausnummer           |                  |
| PLZ, Ort                     |                  |
| Kreditinstitut               | BIC <sup>1</sup> |
| IBAN<br>D E                  |                  |
| Ort, Datum                   | Unterschrift(en) |

Dieses Lastschriftmandat gilt ab / bis auf Widerruf  
für den Jahresbeitrag von 16 € für Passive Mitglieder

Name :  
Vorname  
geboren am:  
Telefon:  
|

Der Jahresbeitrag wird jährlich im letzten Monat des jeweiligen Jahres abgebucht.

1 Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.