

# SEPA-Basis-Lastschriftmandat

für SEPA-BASIS-Lastschriftverfahren



## Zahlungsempfänger

Diakonissenmutterhaus Aidlingen e. V.  
Darmsheimer Steige 1  
71134 Aidlingen

E-Mail: buchhaltung@dmh-aidlingen.de  
Gläubiger-Identifikationsnr.: DE26TVS00000025982  
Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

## SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) das **Diakonissenmutterhaus Aidlingen e. V.** Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom **Diakonissenmutterhaus Aidlingen e. V.** auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Betrag** \_\_\_\_\_ EUR      **Verwendungszweck** Spende \_\_\_\_\_

**Zahlungsart** (bitte ankreuzen und Datum für ersten Einzug ergänzen)

Wiederkehrende Zahlung

- Monatlich zum 10. des Monats, ab \_\_\_\_\_ [Monat/Jahr]
- Vierteljährlich zum 10. Feb./10. Mai/10. Aug./10. Nov., ab \_\_\_\_\_ [Monat/Jahr]

Einmalige Zahlung

- Einmalig zum \_\_\_\_\_ [frühestes Datum]

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/Zahlungspflichtiger

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Kreditinstitut \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

E-Mail, Tel.-Nr. (für Rückfragen) \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift Zahlungspflichtiger