

Reittherapiezentrum Spatzenscheune Altenhain e.V.  
Langstr. 57  
65812 Bad Soden



Gläubiger-Identifikationsnummer DE93ZZZ00002473832  
Mandatsreferenz: WIRD SEPARAT MITGETEILT

#### SEPA-Lastschrift-Mandat

Ich ermächtige das Reittherapiezentrum Spatzenscheune Altenhain e.V. hiermit jederzeit widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines unten angegeben Girokontos per Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Ihnen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Mir ist bekannt, dass ich innerhalb von 8 Wochen – beginnend mit dem Belastungsdatum – die Erstattung des belasteten Betrages verlangen kann. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. (BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN)

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name)

\_\_\_\_\_ Kreditinstitut (BIC)

DE \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ IBAN

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaber, falls abweichend vom oben angegebenen Namen

Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht für das kontoführende Institut keine Verpflichtung zur Einlösung. Durch Rücklastschriften entstehende Kosten gehen zu meinen Lasten.

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort und Unterschrift(en)