



Lv S-H AFpK e. V., Hopfenstraße 1d, 24114 Kiel

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE08 2220 0000 4584 41

Mandatsreferenz:
WIRD SEPARAT MITGETEILT

SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich den LV S-H AFpK e. V. , Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von vom LV S-H AFpK e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

.....
Vorname & Name (Kontoinhaber)

.....
Straße & Hausnummer

.....
Postleitzahl & Ort

.....
Kreditinstitut

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

.....
Datum, Ort & Unterschrift