

**SEPA-Lastschriftmandat
SEPA Direct Debit Mandate**

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:
Förderverein der Katholischen Kirchengemeinde St. Oliver, Laatzten e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address
Pestalozzistr. 24
30880 Laatzten

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:
30880 Laatzten

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:
DE162500000474011

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):
M i t g l i e d s n u m m e r

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezeigten Lastschriften einzulösen.

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

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:
 Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Ort / Location: Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:

Förderverein
der Katholischen Kirchengemeinde St. Oliver, Laatzten e.V.

Beitrittserklärung

Name, Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

Postleitzahl, Ort _____

Telefon _____

E-Mail: _____

Ich erkläre meinen Beitritt zum Förderverein der Katholischen Kirchengemeinde St. Oliver, Laatzten e.V. zum

_____ (Monat / Jahr)

Mein Monatsbeitrag beträgt _____ € (mind. 3,- €)

Datum _____ Unterschrift _____

Ich ermächtige den Förderverein der Katholischen Kirchengemeinde St.Oliver, Laatzten e.V. widerruflich, den Mitgliedsbeitrag einzuziehen.

Monatlich Vierteljährlich Halbjährlich Jährlich

Bitte das ausgefüllte Formular im Pfarrbüro abgeben !!!