

## SEPA-Lastschriftmandat

**Zahlungsempfänger:** **Selbsthilfegruppe Blasenekstrophie /  
Epispadie e.V.  
Schachtstraße 18  
01705 Freital**

**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE87ZZZ00000947839**  
**Mandatsreferenz: (wird separat mitgeteilt)**

Ich/Wir ermächtige(n) die Selbsthilfegruppe Blasenekstrophie / Epispadie e.V. den Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Selbsthilfegruppe Blasenekstrophie / Epispadie e.V. auf mein/unser Konto gezogenen 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.

**Zahlungsart:** **Wiederkehrende Zahlung**

**Kontoinhaber  
(Vor- und Nachname):**

**Straße und Hausnummer:**

**Postleitzahl und Ort:**

**Kreditinstitut:**

**BIC:**

**IBAN:**

**Ort:**

**Datum:**

**Unterschrift(en)**  
.....