SEPA-Lastschriftmandat

Unterstützungskasse der LP-Beamten OFr. / MFr. z. Hd. H. Hofmann Sachgebiet ET/PT PP Oberfranken

Ich ermächtige die Unterstützungskasse der LP-Beamten Ober- und Mittelfranken (Gläubiger-Identifikationsnummer: DE84ZZZ00000543403), den jährlichen Beitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Unterstützungskasse 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.

Sofern durch Nichteinlösung von Lastschriften (z.B. Änderung der Kontonummer oder Bankverbindung, mangelnde Deckung etc.) Kosten verursacht werden, werden diese durch mich erstattet und können ebenfalls mittels Lastschrift eingezogen werden.

Beim handsch	nriftlichen Ausfülle	n bitte leserlich schreiben!	
Mitgliedsnummer - s	soweit bekannt – (Diese ist	zugleich die Mandatsreferenznummer).	
Vorname und Nachn	ame des Mitglieds (Kontoi	nhaber)	
Privat-Anschrift des I	Mitglieds (PLZ, Ort, Straße	Hausnummer)	
IBAN: (sh. Kontoauszug)	DE Ländercode Prüfziff (2)	<> Bankleitzahl (8)>	<> Kontonummer (10-stellig)>
BIC:			
	(8 oder 11 Ste	ellen)	

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds