



SEPA-Basis Lastschrift-Mandat

Wiederkehrende Zahlungen/ Recurrent Payments

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

**Caritas-SkF-Essen gGmbH
Kopstadtplatz 13
45127 Essen**

Name und Anschrift des Zahlungspflichtigen

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]

DE64CSR00001160974

[Mandatsreferenz]

SEPA-Basis-Mandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

Caritas- SkF-Essen gGmbH, Kopstadtplatz 13, 45127 Essen

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

Caritas- SkF-Essen gGmbH, Kopstadtplatz 13, 45127 Essen

auf mein/unser 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.

Ich habe dafür Sorge zu tragen, dass bei der Belastung das Bankkonto eine ausreichende Deckung aufweist.

Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC¹

IBAN

DE

¹ Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

Name des Kindes:

Name der Schule:

Ort, Datum

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)

Ort, Datum

Unterschrift (Zahlungsempfänger)