

Wiederkehrende Zahlungen / Recurrent Payments

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger) / kfd-Gruppe

Name der kfd-Gruppe

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI / Creditor Identifier)

Mandatsreferenz

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir
ermächtige(n) Name des Zahlungsempfängers / kfd-Gruppe

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

Name des Zahlungsempfängers / kfd-Gruppe

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber/in (Vorname, Name des kfd-Mitglieds)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Kreditinstitut

IBAN

DE

Ort, Datum

Unterschrift(en)
