

Bitte Zurück per Post im Original an



Der Kinderschutzbund
Ortsverband Solingen

Der Kinderschutzbund
Ortsverband Solingen e.V.
Amtstor 4
42651 Solingen

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: Der Kinderschutzbund OV Solingen e.V.

Gläubiger- Identifikationsnummer: DE 92ZZZ00000180964

Mandatreferenz: _____

Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung

Ich/wir ermächtige/n den Kinderschutzbund OV Solingen e.V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Kinderschutzbund OV Solingen 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.

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

PLZ/ Ort

IBAN

BIC

Datum/Ort _____ Unterschrift _____