

FLUMMIGUMM e.V.
Offener Ganztag GUTENBERGSCHULE

Dionysiusstr. 9
41352 Korschenbroich
Telefon: 02161 - 673196
flummigumm@gmx.de

SEPA-Lastschriftmandat

Name des Kindes _____ Gruppe _____

Geschwisterkind
in OGTS _____

Anschrift _____

Telefon _____

Hiermit ermächtige(n) ich/ wir FLUMMIGUMM e.V. Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von FLUMMIGUMM e.V. 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 die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Mandatsreferenz _____

Beginn des Mandats _____

Kontoinhaber _____

BLZ _____

Kto.-Nr. _____

IBAN DE __ __ / __ __ __ __ / __ __ __ __ / __ __ __ __ / __ __ __ __

BIC __ __ __ __ __ __ / __ __ __

Kreditinstitut _____

Datum Ort

Unterschrift des Kontoinhabers

Stadtparkasse Neuss	BLZ	305 500 00
	Kto.-Nr.	820 530
	IBAN	DE29 3055 0000 0000 8205 30
	BIC	WELADEDNXXX
	Gläubiger-ID	DE23ZZZ 00000394054