

Wichtig!

Sehr geehrte Mitglieder,

wegen der gesetzlichen Umstellung der bisherigen Einzugsermächtigungen auf das internationale SEPA System, benötigen wir von allen Mitglieder eine aktuelle auf SEPA angepasste Einzugsermächtigung.

!! IBAN und BIC steht auf dem Kontoauszug unten rechts oder bei Bank erfragen. !!

Bitte senden sie das beiliegende SEPA-Lastschriftmandat ausgefüllt und unterschrieben dringend an unseren Kassier Wolfgang Mahl, Goriweg 13, 86579 Waidhofen, per Post, eMail (Wolfgang.Mahl@axa.de) oder Fax (08443/91267) zurück.

Wir danken Ihnen für die Zusammenarbeit

Mit freundlichen Grüßen und Waidmannsheil



Manfred Kneißl

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Jägervereinigung Schrobenhausen und Umgebung e. V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Sandstraße 4

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

86529 Schrobenhausen

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE84ZZZ00000530502

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Jahresbeitrag

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:

Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

Deutschland

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:

Hinweis: Meine / Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich / wir von meinem / unserem Kreditinstitut erhalten kann.
Note: Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.