



SEPA-Lastschriftmandat

GläubigerID: DE98ZZZ00001774469 | Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt

Ich / wir möchte(n) PAID e.V. mit einem **Förderbeitrag** in Höhe von _____ €

pro Monat pro Jahr einmalig

unterstützen.

Anschrift:

Name

Straße

PLZ, Ort

Der Betrag soll von folgendem **Konto** abgebucht werden:

Kontoinhaber

IBAN

BIC

Kreditinstitut

Ich / wir ermächtige(n) PAID e.V., Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / unser Kreditinstitut an, die von PAID e.V. auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich / wir kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen

Ort, Datum

Unterschrift