Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschrift

Name, Vorname

Anschrift (Straße, Hausnummer)

(PLZ, Ort)

Zahlungsempfänger:
Hospizverein Bremen - Lebens- und Sterbebegleitung e. V.
Schwachhauser Heerstr. 45 A
28211 Bremen

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich,

O fällige Mitgliedsbeiträge (werden zw. 1.2. u. 31.3. des Jahres abgebucht)

O eine regelmäßige Spende in Höhe von
€_____
O monatlich O vierteljährlich
O jährlich im Monat

von meinem/unseren Girokonto durch Lastschrift einzuziehen.

Konto Nr.:_____

bei: _____

BLZ: _____

Kontoinhaber:_____

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Ort, Datum Unterschrift (Kontoinhaber)

_____ _____

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschrift

Name, Vorname

Anschrift (Straße, Hausnummer)

(PLZ, Ort)

Zahlungsempfänger:
Hospizverein Bremen - Lebens- und Sterbebegleitung e. V.
Schwachhauser Heerstr. 45 A
28211 Bremen

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich,

O fällige Mitgliedsbeiträge (werden zw. 1.2. u. 31.3. des Jahres abgebucht)

O eine regelmäßige Spende in Höhe von
€_____
O monatlich O vierteljährlich
O jährlich im Monat

von meinem/unseren Girokonto durch Lastschrift einzuziehen.

Konto Nr.:_____

bei: _____

BLZ: _____

Kontoinhaber:_____

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Ort, Datum Unterschrift (Kontoinhaber)

_____ _____

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschrift

Name, Vorname

Anschrift (Straße, Hausnummer)

(PLZ, Ort)

Zahlungsempfänger:
Hospizverein Bremen - Lebens- und Sterbebegleitung e. V.
Schwachhauser Heerstr. 45 A
28211 Bremen

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich,

O fällige Mitgliedsbeiträge (werden zw. 1.2. u. 31.3. des Jahres abgebucht)

O eine regelmäßige Spende in Höhe von
€_____
O monatlich O vierteljährlich
O jährlich im Monat

von meinem/unseren Girokonto durch Lastschrift einzuziehen.

Konto Nr.:_____

bei: _____

BLZ: _____

Kontoinhaber:_____

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Ort, Datum Unterschrift (Kontoinhaber)

_____ _____