

NIERSVERBAND, AM NIERSVERBAND 10, 41747 VIERSEN

Gläubiger-Identifikationsnummer DE86ZZZ00000087467
Mandatsreferenz: **wird separat mitgeteilt**

SEPA-Basislastschrift-Mandat

Ich ermächtige den **Niersverband**, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Niersverband auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name)

IBAN _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ |

BIC _ _ _ _ _ _ _ _

Datum, Ort und Unterschrift

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Niersverbandsbeiträge der/des

Mitglied

Name: _____

Straße/Postfach: _____

Postleitzahl/Ort: _____

Zu Betriebsstelle:

Name: _____

Straße/Postfach: _____

Postleitzahl/Ort: _____

Datei-Nr. _____

Debitoren-Nr. _____