SEPA-Lastschriftmandat

Kreisverband Chemnitz
und Umgebung e. V.
Soziale Dienste Chemnitz
und Umgebung gGmbH

Frau/Herr/Andere/Kind			
Name/n (Leistungsnehmer*in) *	Vorname/n	Geburtsdatum	Kundennummer

Straße / Hausnummer *	PLZ *	Ort *

Zahlungsempfänger:

Arbeiterwohlfahrt Soziale Dienste Chemnitz und Umgebung gGmbH
Name des Zahlungsempfängers

Clara-Zetkin-Str. 1	**09111**	**Chemnitz**
Straße / Hausnummer	PLZ	Ort

DE 76ZZZ00000350614	
Gläubiger-Identifikationsnummer	Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich/Wir ermächtige/n den Zahlungsempfänger (die AWO), **alle im Zusammenhang mit Leistungen** der Arbeiterwohlfahrt Chemnitz **stehenden Zahlungen** von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (siehe oben) auf mein/unser Konto gezogene/n Lastschrift/en

☐ bei Fälligkeit ☐ mit sofortiger Wirkung ☐ ab dem .....

einzulösen.

Der Zahlungspflichtige bzw. -bevollmächtigte hat für eine hinreichende Deckung seines Kontos zu sorgen. Anfallende Gebühren bei Rückbuchungen gehen zu Lasten des Kunden.

Zahlungsart: ☐ wiederkehrende Zahlung ☐ einmalige Zahlung

Zahlungspflichtiger bzw. -bevollmächtigter:

Kontoinhaber*in

(Anschrift hier nur einfügen, wenn abweichend von *)

Straße / Hausnummer	PLZ	Ort

Name und Sitz der Bank/ Kreditinstitut

D E	
IBAN (= internationale Kontonummer)	SWIFT-BIC (= internationale Bankidentifikation)

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.

Bitte reichen Sie das SEPA-Lastschriftmandat vollständig ausgefüllt und unterschrieben ein. Änderungen des Kontos teilen Sie uns bitte umgehend mit.

Zur Durchführung des SEPA-Lastschriftverfahrens ist die Speicherung und Verarbeitung der personenbezogenen Daten in Datenverarbeitungsanlagen der AWO notwendig.
Die/Der Kontoinhaber/In ist damit einverstanden, dass die Daten elektronisch gespeichert werden.
Die vertrauliche Behandlung der Daten wird zugesichert.

Ort / Datum	Unterschrift Kontoinhaber*in

AWO interne Vermerke: Eingangsdatum: ☐ Kdst. ☐ Datenb. erledigt/Hdz. MA: