

Freie Evangelische Schule Lahr e.V.



Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats	BETREUUNG
---	-----------

<p>Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)</p> <p>Freie Evang. Schule Lahr e.V. Europastraße 19 77933 Lahr</p>	<p>Name und Anschrift des Kontoinhabers</p> <p> </p>
<p>Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)</p> <p>DE67FES00000213909</p>	<p>Mandatsreferenz – wird von der FES ausgefüllt</p> <p style="text-align: center;">- 02</p>

SEPA-Lastschriftmandat

Ich / Wir ermächtige(n) Sie, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich / wir mein / unser Kreditinstitut an die von

<p>Name des Zahlungsempfängers</p> <p>Freie Evang. Schule Lahr e.V.</p>

auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kreditinstitut	
BIC	IBAN

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Der Lastschrifteinzug der Beträge für die Betreuung erfolgt jeweils am 5. des Monats. Fällt der Fälligkeitstag auf ein Wochenende / Feiertag verschiebt sich der Fälligkeitstag auf den ersten folgenden Werktag. Der Einzug erfolgt unter Angabe der oben genannten Mandatsreferenz und Gläubiger-Identifikationsnummer.

Freie Evangelische Schule Lahr e.V.



Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats	M E N S A
---	-----------

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Freie Evang. Schule Lahr e.V.
Europastraße 19
77933 Lahr

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)
DE67FES00000213909

Name und Anschrift des Kontoinhabers

Mandatsreferenz (wird von der FES ausgefüllt)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich / Wir ermächtige(n) Sie, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich / wir mein / unser Kreditinstitut an die von

Name des Zahlungsempfängers Freie Evang. Schule Lahr e.V.
--

auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kreditinstitut	
BIC	IBAN DE _____

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Der Lastschrifteinzug der Mensakosten erfolgt zum 15. des Folgemonats. Fällt der Fälligkeitstag auf ein Wochenende / Feiertag verschiebt sich der Fälligkeitstag auf den ersten folgenden Werktag. Der Einzug erfolgt unter Angabe der oben genannten Mandatsreferenz und Gläubiger-Identifikationsnummer.