

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Mitgliederservice SoVD, Fax: 0431 659594-99, E-Mail: Mitgliederservice@sov-d-sh.de

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE7000000000098813

Ich ermächtige den Sozialverband Deutschland e. V., den Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Sozialverband Deutschland e. V. 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.

Mitgliedsnr. Name

Adresse

Kontoinhaber:
Name, Vorname

Geldinstitut

IBAN D E

Abruf monatlich 1/4-jährlich 1/2-jährlich jährlich

Ort Datum

Unterschrift

WICHTIG: Das Mandat ist nur gültig mit Ort, Datum und Unterschrift!